

**Redes en Salud; los Grupos,
las Instituciones, la Comunidad.**

Mario R. Rovere

CONTENIDO

Presentación. Secretaría de Salud Pública	3
Prólogo “a dos manos”. Dr. Carlos Bloch, Dr. Juan C. Paradiso	9
Introducción a la segunda Edición.....	12
Introducción a la primera Edición. Dr. Mario Rovere	14
Redes en el Marco de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud...18	
El Curso	
Primer Encuentro: Reconocimiento: Hacia la Conformación de Redes....36	
Presentación y objetivos	
La lógica de redes	
Naturaleza de los vínculos	
Niveles en la construcción de redes	
Trabajo en grupos	
Representaciones	
Subjetividad-Objetividad	
Consignas para el trabajo en grupo	
Segundo Encuentro: Conocimiento del otro/a: ¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos?.....70	
Trabajo en grupos	
Tercer Encuentro: Co-laboración: Ayuda Situacional una Oportunidad de Construir Redes.....106	
Colaboración	
Trabajo en grupos	
Salud en movimiento	
Cuarto Encuentro: Co-operación: Construyendo Solidaridad a través de la Acción.....141	
Cooperación	
Trabajo en grupos. Acuerdos	

M. Rovere

Quinto Encuentro: Asociación: Fundando Proyectos en el Acuerdo.....176

Un balance de la experiencia.....218

Epílogo del curso

Bibliografía

Anexo: La Sociedad Fragmentada. Dr. Alberto Binder.....228

Redes en el Marco de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud ²

El espacio de mayor inserción comunitaria e interacción con la dinámica social del sector salud es el que queda definido como primer nivel de atención y la orientación de políticas sanitarias que lleva a priorizar este nivel se conoce como atención primaria de la salud. En este capítulo se presenta el tema Atención Primaria y Primer Nivel de atención en relación a las redes. Se aborda un tema que en algún momento apareció con mucha fuerza, como un concepto muy interesante y estimulante en el campo de la salud. Aunque se tiene la necesidad de ubicarse en el aquí y ahora, para saber cuáles de los conceptos, por los cuales se ha estado trabajando y peleando durante varios años, mantienen y renuevan su vigencia y cuales necesitan ser resignificados.

Se trata de pedirle a la historia, al decir de Deleuze, que ayude a definir “lo que somos, pero también lo que estamos dejando de ser” y que reintrogue permanentemente, en tiempos particularmente complejos, difíciles, más difíciles todavía porque muchas dimensiones de las cosas que ocurren, se escapan de nuestra comprensión.

Una primera pregunta a formular sería: ¿cuál es la vigencia hoy del concepto de Atención Primaria?. APS es una construcción que a fines de los '70 se lanza internacionalmente con mucha fuerza, probablemente con más fuerza en el espacio del discurso sanitario, que sobre los hechos y las prácticas, que muchas veces han acompañado más tímidamente la transformación discursiva del sector.

Las ideas fundantes entre 1977 y 1978, cuando surgen en el ambiente sanitario mundial – a instancia de UNICEF y OMS – “Salud para todos en el año 2000” (SPT2000) y luego “Atención Primaria de la Salud” (APS), remiten al contexto de un mundo que parece realmente muy alejado de lo que ocurre hoy en día. En el origen de la denominada declaración de Alma Ata, hay una conjunción de múltiples factores, entre los cuales hay que tener especialmente en cuenta todo lo que significaba para aquella época la emergencia de un nuevo orden económico internacional, la crisis del petróleo, la vigencia de la Guerra Fría, un equilibrio particular

² Sobre la base de una presentación en el 6º Congreso “La salud en el municipio de Rosario”

de la Socialdemocracia en la conducción de la OMS y en la de UNICEF, un equilibrio y una presencia de la URSS, dado que Alma Ata era territorio de la URSS, y la presencia de un gobierno de orientación demócrata en los Estados Unidos. Una serie de conjunciones que permiten afirmar, en términos simples, que los mismos actores institucionales convocados hoy, no escribirían las mismas cosas. El equilibrio o la correlación de fuerzas que permitieron aquella declaración en aquel momento no existen más. Existen otras cosas y nos proponemos analizar brevemente cuáles son.

A fines de los '80 la asociación entre la consigna "Salud para todos" y la estrategia de Atención Primaria entra en crisis. Sobre todo a partir de asumirse que, lo que hasta entonces era una *meta, con plazo* (Salud para todos) pasaba a ser un *objetivo, sin plazo*. Significa que alguna parte del recorrido se perdió la parte final de la consigna, que deja de considerarse una meta. Se pierde el 2000 como un referente muy fuerte, que en el '78 operaba, pero que en los '90 se constata que es imposible. Pero que fuera o no imposible no sería en realidad el principal problema, porque en definitiva las metas tienen una función de orientación, de sentido; el problema más grande era si en realidad se iba o no en ese sentido, si el rumbo estaba firme hacia el logro de una "Salud para Todos" y simplemente se tardaría más, o si en realidad se estaba caminando en otra dirección.

Lo que se empieza a verificar es que se producen algunas inflexiones, a punto de partida de gobiernos que impulsan las *grandes revoluciones conservadoras* de los '80, inauguradas apenas 2 años después de Alma Ata con las asunciones de Ronald Reagan y Margareth Thatcher, que van generando condiciones totalmente nuevas en el escenario internacional. Ellas hacen que muchos de los resultados, pero también muchas de las aspiraciones, empiecen a reconfigurarse en ese período. Sin embargo, a pesar de que esta situación empezaba a prevalecer, el discurso trató de sostenerse sobre la base de una especie de redoble de la apuesta, sobre la base de reafirmar los principios suponiendo que si uno los dice muchas veces se van a cumplir.

En la práctica las consecuencias posteriores empezaron a develar que la llamada *estrategia de Atención Primaria*, en términos generales carecía justamente de una concepción estratégica. Es decir que configuraba en sentido estricto un patrón normativo, un marco, una especie de modelo pero no tenía en cuenta en la práctica lo que es vital para cualquier estrategia: *un análisis de actores y fuerzas sociales*. En ese análisis de actores deberían constituirse las preguntas ¿Salud para Todos era tan deseable y tenía un nivel de consenso tan alto?, ¿Si había tanto consenso

porque no se avanzó en una mayor definición o justamente el consenso se basaba en su alto nivel de generalidad? ¿Si hay tanto consenso, por qué no se va espontáneamente hacia allí?. En definitiva si se quería que la APS operara como una estrategia había que decodificar claramente qué y quiénes se oponían a la meta “Salud para todos”.

A partir de aquí empiezan a analizarse fenómenos más amplios, porque para entender quiénes se oponen a “Salud para todos” hay que analizar la lógica de cómo se asignan los recursos en nuestras sociedades. Hay que empezar a analizar aspectos más complejos como pueden ser problemas de inclusión y exclusión, los problemas de reconfiguración por el mercado, la concepción misma del mercado en su sentido social. Es que en su sentido social, el mercado es más complejo que lo que plantea la misma ciencia económica; se instala como una regla de juego que queriéndolo o no instala un “*sistema de exclusión de baja conflictividad*”, es decir que en la práctica la lógica fundamental del mercado es que reduce la conflictividad en una distribución de los recursos que no por excepción sino como regla termina en exclusión.

En realidad el mercado opera como un mecanismo de exclusión porque sólo *funciona* cuando hay información perfecta a toda la población - cosa que no ocurre nunca - y bajo igualdad de posibilidades - cosa que tampoco ocurre nunca - con lo cual en su funcionalidad social el mercado –especialmente sin contrapesos en términos de regulación- es en la práctica un mecanismo de exclusión que por acumulación va generando inequidad y tensión social.

En esa tensión queda atrapada la lógica de APS, entre lo que antiguamente se llamaba planificación vs. mercado y hoy mas elegantemente se puede llamar tensión entre medidas “policy oriented” y medidas “market oriented”; es un debate en realidad muy anterior al surgimiento de la APS. El debate desde la década de los 80 busca matizarse con la idea de *planificación y mercado*, con la idea de equilibrios, con la lógica de buen gobierno como si su sola mención eliminara las tensiones y los conceptos dejaran de ser excluyentes u opuestos. Esto genera un juego de fuerzas considerando que atrás de la planificación hay actores concretos y atrás del mercado los sigue habiendo también.

Bajo esta configuración surge que, librado a las reglas de juego del mercado, el sector salud tiende a generar salud para cada vez menos población. Esto, en términos generales, indica que en la atención de la salud, dado el par antagónico complejidad-cobertura que ya en la década del 60 planteaba el Dr. Carlos Alvarado, el mercado, por sus reglas de

juego, tiende siempre a buscar la complejidad. ¿Porqué?. Entre otras cosas, porque ahí están los factores más rentables, las demandas denominadas “inelásticas”, es decir las demandas que se mantienen aunque uno aumente el costo del acceso, insensibles al precio, allí opera también la facilidad para segmentar; para descremar lo que es mas rentable. Mientras que para la lógica sanitaria “más vale prevenir que curar”, probablemente para el mercado en muchos aspectos y aplicaciones concretas termine resultando que “más vale curar que prevenir”. De manera que opera casi estrictamente al revés, sobre todo cuando la atención de la salud se transforma en una mercancía.

Configurada desde esta perspectiva, y un poco didácticamente extremadas y hasta caricaturizadas estas posiciones, es necesario entender, hay que encontrar, qué se opone a “Salud para Todos”, porque de lo contrario la Atención Primaria no va a configurarse nunca como una estrategia, sino como una simple modelización de un deseo. Se hace, entonces, necesario encontrar caminos concretos para ir construyendo la idea de Atención Primaria como un conjunto de valores básicos, inscripto en un campo de fuerzas, que tuviera que ver con cosas más importantes que lo comunicacional que podía haber detrás de la consigna “Salud para todos”.

En este contexto paradójico, donde la situación de distribución de recursos tiende a la exclusión, a la concentración de la riqueza como mecanismo casi estructural de las reglas de juego planteadas, el tema de salud hay que entenderlo dentro de una contextualización más amplia. Una contextualización más amplia tiene que ver con modificaciones más importantes que se empiezan a dar en la misma idea del Estado y en la relación Estado-sociedad. Lo que ahora conocemos más ampliamente, la idea de *desmontaje* del Estado de Bienestar, es de alguna forma un artefacto contemporáneo que tiene mucho que ver con el mismo debate de Atención Primaria y ayuda a entender quién se opone y quién no se opone a la lógica de Atención Primaria.

Algunos autores ya han decodificado que dentro del concepto de Estado de Bienestar hay dos artefactos distintos:

- Un primer artefacto se origina a fines del siglo XIX en Europa y tiene como emergente fundamental la seguridad social, los seguros de desempleo, los mecanismos más vinculados a la prestación de servicios a los sectores trabajadores, que en sentido estricto se trata de una estrategia política de estabilización social surgida en la época de Bismarck, que va generando un mecanismo por el cual los sectores tra-

bajadores acceden a ciertos estándares y a ciertos servicios a los cuales no accederían espontáneamente por su nivel de ingresos, sino a través de un mecanismo de solidaridad horizontal. Este mecanismo a la vez produce un ascenso social ya no individual sino colectivo y la posibilidad de que estos sectores beneficiados por este crecimiento relativo, contribuyan a generar la paz social bajo una hipótesis de amenaza de la misma.

- Pero hay otro artefacto dentro del Estado de Bienestar que surge de la aplicación de las ideas de Keynes en EE. UU., que en realidad ya corresponde a la década de los '30 y donde aparece más bien una estrategia de naturaleza económica en la cual el Estado sale a compensar una gran crisis, que por lo general son crisis de circulación de la economía, generando mecanismos para hacer circular nuevamente el dinero cuando éste se estanca.

Esta lógica, esta sobreimpresión, de dos fenómenos distintos ha generado la idea de que el Estado de Bienestar en realidad es un dispositivo económico, cuando en sentido estricto es sobre todo un dispositivo político. En consecuencia no es de extrañar que muchas décadas después, por detrás del desmontaje del Estado de Bienestar haya empezado a aparecer fuertemente la palabra *governabilidad*. En términos generales esta palabra está hablando de una amenaza de caída de la gobernabilidad, de una dificultad que ya había sido prevista por los fundadores del Estado de Bienestar que justamente por y para ello lo crearon: para aumentar la gobernabilidad.

Esto contrasta con los procesos que se han desencadenado bajo la gran excusa de la globalización. Los países europeos se encuentran en la última década en una gran tensión de modelos, que quizás se percibe en forma extrema en el caso de Francia, pero que se extiende a otros países, tienden a entender y adecuarse a las dinámicas mundiales, pero no pueden tirar por la borda los derechos adquiridos, no pueden sobrereactuar como ha ocurrido en América Latina frente al estímulo de los cambios externos. Cambian las cosas gradualmente, las estudian más. En consecuencia, hoy en día, paradójicamente en muchos de los países europeos, lo que está apareciendo fuertemente es una reafirmación del concepto de los derechos sociales, generando entonces un debate muy fuerte porque lo que se está buscando progresivamente es la idea de que estos derechos sociales tienen que reafirmarse ya no bajo la lógica de un Estado donante de estos servicios sino bajo la lógica de una construcción de

ciudadanía vinculada directamente a sujetos concretos de este derecho. La ciudadanía se conforma si hay derechos pero también si hay sujetos, de tal forma que la sociedad o parte de ella vigile y reaccione, eventualmente si existe una violación de estos derechos.

La construcción y entrada en agenda de los derechos llamados de segunda generación, los derechos sociales (igual que los económicos y los culturales), nos plantea un dilema muy fuerte porque en sentido estricto se separan de los clásicos derechos políticos, individuales, de la base inicial de los derechos humanos. La primera generación de derechos es una generación basada en lo que el Estado no debe hacer: son derechos “negativos”, derechos por omisión. El Estado no debe coartar la libertad del ciudadano. Es imposible desde el punto de vista del Estado argumentar “yo no cumplo con este derecho porque no tengo presupuesto”.

La idea de las libertades individuales no puede ser coartada o argumentada bajo la lógica de la falta de recursos. Pero en cambio los derechos sociales son derechos-prestación, es decir son derechos que se basan en la prestación de servicios concretos. Cuando se habla de educación universal estamos hablando de un derecho-prestación. Pero al ser derecho-prestación, el gran debate que en este momento se configura en los países europeos, es fundamentalmente si el Estado queda eximido de prestar estos derechos cuando no tiene recursos, si puede utilizar la argumentación de ausencia relativa de recursos para no cumplir con sus obligaciones frente a un determinado derecho. Observemos el nivel del debate y la vigencia que en estos momentos se está dando alrededor de la construcción de la idea de derechos de ciudadanía de sujetos.

Evidentemente es probable que algunos rasgos del Estado Benefactor empiecen a deconstruirse en estos países. Pero seguramente la emergencia de fuertes movimientos de derechos sociales, va a ir generando un equilibrio. Y en algún punto va a encontrar el acuerdo entre la sociedad civil y el Estado para definir cómo, entre los dos, garantizan estos derechos para el ciudadano. Esto lo pensamos en un contexto de nuevos movimientos sociales, donde muchos países aprendieron bastante sobre formas organizativas alternativas, que no son solamente formas organizativas de naturaleza política, sino que son ejes transversales, como pueden ser los movimientos ecologistas, los movimientos de género, los movimientos de defensa de los derechos humanos, los “*sin tierra*” en América Latina, que muestran otros ejes de movilización de la gente.

A partir de esta perspectiva, la idea es que los derechos sociales no están en el pasado sino que están en el futuro. Esto es importante en un

mundo de clausura del futuro, porque esta idea del fin de la historia no se trata de la clausura del pasado sino de la clausura del futuro. Una operación tendiente a que la gente deje de soñar, deje de pensar cosas, de proponerse cosas y de alguna manera se paralice. Esto es lo que llegamos a percibir en la piel, en nuestro trabajo cotidiano.

A partir de esta primera idea, el derecho a la salud puede inscribirse en el movimiento mas amplio de los derechos sociales. El derecho a la salud no es algo que solamente **se defiende**, porque para eso tenemos que suponer que ya lo tenemos; en cierta manera es un derecho que **se construye**, que **se conquista** con sujetos concretos. Y la gran pregunta por el tema del derecho a la salud es ¿cuál es el sujeto activo ó titular del derecho a la salud? ¿Quién está atrás de ese derecho? Nos gustaría creer que somos nosotros los profesionales de salud o que es la población ... a lo mejor la población cree que somos nosotros ... a lo mejor nosotros creemos que es la población. No nos hemos planteado muy a fondo quién es el sujeto en la defensa del derecho de la salud.³

¿Qué hay por detrás del concepto del derecho a la salud? Persiste el concepto de **equidad**, que parece una forma un poco licuada, o light de hablar de igualdad o de justicia social. Pero en sentido estricto, el concepto de equidad, que proviene del campo jurídico, habla del perfeccionamiento de lo que es *justo*. La equidad en realidad va más allá que la justicia. La equidad es lo que permite fundamentar incluso el concepto de *discriminación positiva*, darle más al que más necesita.

A partir de esta idea de equidad surge que por detrás del derecho a la salud hay por lo menos tres juegos de equidades.

- Una primera equidad, la más evidente, podría ser la que llamamos la equidad en la **atención**: el hecho de que las personas accedan eventualmente a la misma posibilidad de servicios, y que estos servicios sean de calidad semejante, que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que al mismo tiempo no sean estratificantes de la misma po-

³ En cuanto a la palabra sujeto, en derecho es necesario aclarar si se trata de un sujeto activo (en este caso el individuo, la comunidad, la humanidad) o de sujetos pasivos (en este caso el Estado -que tiene un deber negativo de abstención, consistente en no violar ni dañar la salud de los habitantes y un deber de dar y de hacer: medidas y políticas de acción positiva (promover el bienestar general, organizar la seguridad social, regular las medicinas prepagas, aseguradoras, etc.)

blación. Esta forma de equidad podría ser un poco limitada y sin embargo las constituciones nacionales redactadas en la década del 90 han empezado a abandonar la idea de derecho a la salud, reemplazándolo por la idea de derecho a la atención de la salud, que expresa una restricción del derecho a la salud.

- El derecho a la salud también debería pensarse con relación a la equidad en la **distribución de los riesgos**: de los riesgos de enfermar, de discapacitarse o de morir por causas evitables. La palabra **evitable** es la clave en la conexión con el derecho: un daño inevitable no genera responsabilidad mientras que un daño que es evitable pero no se hace nada para evitarlo, sí, porque hay un bien jurídico que se está lesionando. Como lo evitable tiene que ver muchas veces con lo técnico: con el conocimiento y con la tecnología, al mismo tiempo el concepto de equidad opera como un objetivo móvil. Para decirlo en una manera gráfica: cada vez que surge una nueva tecnología eficaz para resolver un problema de salud nace un derecho, cuyo efectivo ejercicio no depende de la disponibilidad tecnológica, sino de la disponibilidad en términos de la accesibilidad a ese recurso. Estamos hablando de un recurso que evita la producción de la enfermedad o que impide que la enfermedad se transforme, en discapacidad o en muerte. Esta idea de lo evitable es sumamente compleja y también es compleja desde la perspectiva del derecho: hay situaciones extremas, en las cuales a lo que llamamos mortalidad evitable, para la justicia puede ser considerado homicidio por omisión. Este cambio de registro despierta un alerta ya que es bastante más serio que el concepto más técnico y casi aséptico de mortalidad *evitable*. La idea es que si es evitable y no se evita, alguien puede ser responsable aunque sea por omisión. Esto va reconfigurando la misma idea del derecho y la misma idea de los sujetos, porque una cosa es cuando hay opciones para decidir si se ponen o no recursos aquí o allá y otra cosa es cuando estas opciones generan daños evitables detectados por actores concretos que defienden el derecho a la salud.
- La otra equidad que es importante resaltar se refiere a la **distribución del saber y del poder en salud**. Se trata de una categoría más amplia que excede el mismo campo del sector salud, pero se la puede adecuar para incluirla plenamente dentro del concepto de derecho a la salud. Hay dos conceptos (saber y poder; conocimiento y capacidad para usar opciones o tomar decisiones) que en realidad se refuerzan totalmente uno a otro. Cuando hablamos de participación social (que se incluye

dentro de la categoría *poder*) se sabe que hay muchas formas de escamotearla, por ejemplo creando los canales para que la gente participe pero privándola de la información (categoría *saber*) para que pueda tomar decisiones en ese mismo espacio de participación. De muchas formas poder y saber se refuerzan recíprocamente. La idea es que el saber o el conocimiento pertinente para mejorar la salud, el saber o el conocimiento pertinente para mejorar las condiciones de vida, para tomar decisiones sobre *mi* propio cuerpo, sobre *mi* propia vida, sobre *mi* propia muerte, parece que en el modelo actual de atención de la salud ha sido escamoteada. Y cuando la gente pregunta “*pues entonces ¿quién lo tiene?*”, tal vez lo tenga el personal de salud que lo utiliza como una propiedad. Tal vez se ha construido el poder relativo del sector por la apropiación de un determinado saber, saber que de no circular en la sociedad generosa y democráticamente hace responsable también al sector salud de los problemas que se produzcan. Los profesionales de salud tenemos un conocimiento a cargo, pero ese conocimiento no nos pertenece en términos de propiedad, es un conocimiento que le pertenece a la sociedad y que tenemos que hacer circular, que poner al servicio de ella.

Estas tres equidades: en la atención, en la no exposición y/o protección a los riesgos y en la distribución del saber y del poder, configuran los rasgos básicos de lo que podríamos llamar el derecho a la salud. En los últimos tiempos distintos pronunciamientos de organismos internacionales vienen relanzando los conceptos de Atención Primaria y reafirmando el llamado a lograr “Salud para Todos”, con un mayor aunque aun insuficiente análisis de sus dimensiones y de las correlaciones de fuerza que pueden hacerla posible.

El derecho a la salud es una meta permanente, un objetivo permanente al cual los organismos especializados de salud: OMS, OPS, UNICEF no tienen posibilidades de renunciar. Esto, en sentido estricto, habla incluso de la profundización del compromiso por detrás de la idea de derecho a la salud ya que salud para todos requiere ser mucho más que una meta de “marketing” ingeniosa.

La pregunta a partir de esto es ¿y cómo se concreta?. La Atención Primaria que parece seguir siendo la gran respuesta ha sufrido en el pasado muchas discusiones estériles. Por ejemplo si la Atención Primaria es una estrategia, es un nivel de atención, si son programas o si es la puerta de acceso. Se ha gastado mucho tiempo en la discusión de estos ele-

mentos y esta discusión no se ha mostrado muy fértil ni productiva. En primer lugar porque distrajo en contradicciones secundarias cuando en realidad se estaba y se está bajo la permanente amenaza de retroceder en los logros sanitarios. En segundo lugar porque muchos de estos rasgos en vez de ser contrapuestos terminaron siendo complementarios. En tercer lugar porque impidió profundizar en estos rasgos sabiendo que no eran rasgos firmes o fijos de un modelo sino una construcción. En consecuencia era y continúa siendo más importante incluirse en esa construcción que debatir una especie de “*purismo*” alrededor de los conceptos o componentes o de las actividades implícitas en la lógica de Atención Primaria. Por detrás de la lógica de Atención Primaria hay una concepción, una filosofía, una forma de ver las cosas que vale la pena profundizar combinando fragmentos que en realidad tienen que ser articulados en una construcción, pero que al mismo tiempo son una construcción *situada*, quiere decir que no es imaginable que alguien tome una especie de modelo general y luego lo aplique simplemente a los lugares concretos.

Componentes estratégicos de la Atención Primaria

A partir de esto, los llamados clásicamente *componentes estratégicos* de la Atención Primaria, son un conjunto de rasgos estructurales del sector que se puede y se debe resignificar para saber qué quieren decir hoy y sobre todo porque continúan ofreciendo una agenda para la reforma del sector.

- ❑ Reorientación del Recurso Humano
- ❑ Participación social
- ❑ Tecnologías apropiadas
- ❑ Nuevas Formas de organización.
- ❑ Programación local por necesidades
- ❑ Intersectorialidad
- ❑ Reorientación del financiamiento sectorial
- ❑ Cobertura Total

El primero de estos componentes se refiere al personal de salud, a cuál es la característica de los profesionales y de los trabajadores en general de este sector. En la lógica de los modelos el tema personal de salud aparece como un elemento clave, porque parece que se sale de la ciudadela hospitalaria para desplazarse hacia la frontera, a los “centros”

“periféricos”, (siempre recordando un cierto carácter contradictorio implícito en juntar estos dos conceptos). En el centro periférico (es ¿centro o periférico?) aparece una suerte de “práctica” de frontera, casi con una analogía de rural.

En realidad ya desde los 60s se había planteado una suerte de medicina simplificada, muy adaptada a las necesidades de las poblaciones rurales en donde se podía legítimamente experimentar otros modelos de atención aprovechando el vacío de cobertura.

Así por extensión surge una especie de medicina rural en el medio de la ciudad y esta concepción se extiende incluso a todo el modelo bajo el cual se había extendido la cobertura en algunos casos mediante un fuerte desarrollo de agentes sanitarios que cumplen un rol muy importante en la estructura sanitaria argentina aunque parecen enfrentar una barrera invisible cuando de la atención de las grandes ciudades se trata.

Un modelo de atención alternativo tiene muchas dificultades para instalarse, entre otras cosas porque no se comprende que hay que hacer una especie de revolución copernicana. No se puede seguir poniendo el eje del compás en el hospital y a partir de ahí decir que todo el resto de la atención es periférica y en consecuencia la población es más periférica aun; esta revolución copernicana hace eje en la población, al descubrir que no es el sol hospitalario el que gira alrededor de la Tierra, entonces el nuevo eje está colocado en la población. Colocado en la población el llamado centro periférico recupera su rol, es más central de lo que parece porque el que es periférico el que se vuelve un recurso de retaguardia ahora es el hospital. En esta nueva concepción, en esa revolución copernicana, la clave es quién está más cerca de la gente.

El hospital adquiere una nueva funcionalidad; no es menos importante. En primer lugar es necesario reconocer que en la práctica el hospital tiene incluido entre sus actividades una serie de prácticas que lo convierten en un centro de salud porque hay población que vive cerca y porque no hay forma que la demanda se comporte como nos gustaría y en segundo lugar porque cumple una función de referencia, una especie de segunda línea de trinchera donde “ataja”, contiene, o resuelve lo que desborda la capacidad resolutoria del primer nivel.

Empezar con el análisis del personal de salud, es al mismo tiempo algo que nos obliga a reflexionar sobre las condiciones para la **participación** de la gente. Intencionadamente esta reflexión se coloca en segundo lugar, no porque sea secundario, sino porque la participación de la gente requiere una pregunta previa: cambiando la pregunta clásica ¿cómo hacer

que la gente participe? Por otra que en muchos casos es la pregunta más adecuada: ¿cómo hacer para levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe?. Esta inversión de la lógica en la pregunta explica porque se coloca primero la reflexión sobre el personal de salud, porque de alguna forma somos nosotros mismos los que, directa e indirectamente, explícita o subliminalmente, hemos ido licuando la posibilidad de participación de la gente de saber y poder decidir en salud.

La lógica de participación social evidentemente requiere cambios y estos cambios requieren formas diferentes de ver a la gente. Aceptarla como es. Porque muchas veces el sector salud construye (como muchos otros) una perspectiva autocentrada, casi *etnocéntrica*; es decir hay capacidad de verse a sí mismo, pero los otros aparecen como ajenos, como extranjeros, como pobres, como indigentes, simplemente como *otros*. Y a veces ni siquiera como otros, sino que caricaturizados son vistos a través del juego de valores del propio sector, a veces transformar ciudadanos en “pacientes” puede ser una dificultad para intercambiar, para conversar, para entenderse. La idea de que todos los otros son iguales se genera desde el etnocentrismo, que por ejemplo nos hace reír por la “tonada” o el “cantito” del otro y nos hace creer que nosotros hablamos sin tonada, hablamos “normal”. Esta aparente homogeneidad de los otros se pierde cuando desaparece el efecto de la distancia (a veces impuesta por un mostrador o hasta un muro invisible que se instala en las prácticas de salud. Así se descubre con sorpresa lo que ahora se llama técnicamente “la heterogeneidad de la pobreza”, “la heterogeneidad de las demandas”, “la subjetividad del usuario”, la heterogeneidad de las expectativas de la gente, la heterogeneidad de lo que la gente demanda y reclama. Lo cual a su vez tiene que ver con la capacidad de dar respuesta también heterogéneas. Porque la rigidez del sector ha intentado homogeneizar las respuestas suponiendo que las preguntas eran iguales, cuando en realidad la capacidad de respuesta requiere una enorme flexibilidad; mucho mayor flexibilidad todavía en el primer nivel de atención, que está pegado directamente a necesidades heterogéneas de la población.

Un concepto asociado es el de **tecnologías apropiadas** y capacidad resolutoria. Hubo un momento dado, en que parecía que había que ser como un profesional de salud franciscano, si alguno llevaba una tecnología de más estaba haciendo trampa, había que hacer una medicina pobre, humilde para gente pobre y humilde. En esta concepción empezó a generarse muchas veces todo el primer nivel de atención, que parecía más

que una puerta de entrada una aspiradora que capturaba gente para enviarla siempre a otro lado. En algunas ocasiones la falta de respaldo y de adecuada referencia transforma a este mecanismo en una suerte de aspiradora sin bolsa con lo cual se detectan problemas por un lado pero se la remite a donde el problema no se resuelve por el otro. En tanto hubo poca reflexión sobre que ya sin el primer nivel de atención los hospitales estaban rechazando, lo cual hace que no haya una capacidad ociosa disponible en ellos para absorber la demanda adicional que le trae tener los servicios más cerca de la gente, salvo que se hagan readecuaciones intencionales para ello. Definitiva y progresivamente, la Atención Primaria tiene que empezar a pensarse de otra manera enfatizando cada vez más la idea de **capacidad resolutive**.

Esta idea se empieza a extender y hay cierta tecnología cuya presencia de a poco se va naturalizando en el primer nivel de atención. Hay muchas tendencias nuevas, incluso en el campo de los equipos, que empiezan a generar nuevas respuestas e investigación en y para el primer nivel de atención y muchas cosas que antes se hacían excluyentemente dentro de los hospitales, progresivamente empiezan a hacerse con una eficacia mayor a nivel de unidades desconcentradas que no tienen específicamente la complejidad, los costos y el estímulo a la sobredemanda que tienen habitualmente los hospitales complejos. No se trata en este caso de una contraposición entre los centros y los hospitales, todo lo contrario, lo que se trata es de dar una nueva funcionalidad y recentrar la atención en la población. En realidad el dilema entre centro de salud y hospital es una falsa contradicción cuando el centro se coloca en la población.

Cuando hablamos de tecnología hay que tener en cuenta que el denominado complejo médico industrial en los últimos años está mirando con más atención al primer nivel de atención. No es muy seguro que ésta sea una muy buena noticia. En la práctica significa que mientras en el pasado en el primer nivel uno tenía que crearse sus propias herramientas de trabajo, -siempre vale la pena recordar que la tecnología ambulatoria para pesar chicos en la Argentina: la balanza pilón con una silla no deslizante fue diseñada por un agente sanitario-, en este momento es probable que comencemos a ver visitantes médicos y promotores de tecnología en el primer nivel de atención. Esto puede dar una cierta sensación de revalorización del primer nivel de atención, pero hay que pensar qué significa realmente. Porque la tecnología configura y crea política en el sector salud. Tenemos que saber decodificar “esa política” para saber si

coincide o no con “nuestras políticas”, en términos de la lógica de innovación tecnológica. Pero, sin lugar a dudas, en lo que sí se coincide es en que creemos fuertemente en el incremento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Creemos que esto cambia las reglas de juego e incluso permite ofrecer estándares de calidad imposibles de lograr en otras instancias de la red de servicios, por la personalización que se da en ese lugar, donde no es sólo por la relación uno a uno, sino incluso por que se conoce adonde la gente vive y en qué condiciones puede acceder o no a un tipo de respuesta terapéutica o preventiva.

Este último aspecto se percibe muy especialmente en el seguimiento de pacientes crónicos, uno de las principales debilidades del sistema hiper concentrado de atención en grandes hospitales.

El drama de la salud y la enfermedad, el proceso salud-enfermedad está instalado en un escenario natural que es el lugar donde la gente vive, estudia o trabaja. A partir de ahí se rompen estas lógicas y estas marginalidades y se empiezan a construir formas nuevas. En la construcción interviene activamente el personal de salud, estos profesionales de salud, que al mismo tiempo por su carácter profesional profesan algo, creen en algo, tienen valores. Los profesionales son parte del sujeto de la construcción del derecho a la salud. Los profesionales tenemos una causa más grande que las contradicciones internas entre nosotros; esta causa más grande es justamente la idea de defender el derecho a la salud junto con la gente.

A partir de estas tres ideas surge en forma bastante natural un cuarto componente: los **modelos de gestión tienen que ser participativos**. ¿Por qué? De alguna forma hay muchas perspectivas nuevas que indican que no es posible imaginar modelos de “participación de la gente” donde los trabajadores y profesionales de salud no participen. En un modelo de gestión que expropia la responsabilidad y la autonomía de los trabajadores, estos trabajadores estarán naturalmente propensos a expropiar la autonomía, el protagonismo y la responsabilidad también a la población. En el modelo de gestión que expropia a los trabajadores el protagonismo como sujeto del proceso de trabajo, estos trabajadores expropián a la población el ser sujetos del proceso de salud-enfermedad. No hay manera de reforzar la idea de participación si esta idea no permea al mismo tiempo las formas de relación entre los servicios de salud y la población, pero también la forma de gestión interna de los servicios de salud. Estos conceptos necesariamente tienen que reforzarse para dar un mensaje único. Es muy difícil generar instancias y canales de participación de la gente en

modelos jerárquico-burocráticos de organización, donde el trabajador de salud es una pieza de un engranaje, es un ladrillo en la pared. El trabajador o la trabajadora que no se siente valorado y escuchado espontáneamente va a tender a expropiar el protagonismo de los otros.

Aquí comienza a surgir fuertemente el **referencial de redes** ya que muchas veces las estructuras organizativas clásicas se ven superadas, la organización en redes en los servicios de salud favorece la articulación de estos con las redes sociales que con frecuencia la anteceden. También puede ocurrir que una iniciativa de los servicios de salud o una iniciativa conjunta de la población y los servicios de salud operen como motivación para generar una red que se arma para enfrentar problemas concretos y que puede ser mas o menos permanente, mas o menos efímera según la naturaleza del problema.

En definitiva, estos rasgos o perspectivas se articulan: los cambios en la cultura de la fuerza laboral, la participación social, la tecnología y los modelos de gestión; y articulándose se hacen mas coherentes creando fuertes sinergias entre ellos.

Otro elemento tiene que ver con el juego de **necesidades y demandas**. Durante mucho tiempo se ha imaginado esta idea de necesidades desde una perspectiva un poco abstracta. Pero en sentido estricto lo que se ve es que cada vez las necesidades son más diversas, más divergentes y ha habido distintas propuestas que están diciendo *“miren más atentamente las necesidades de la gente”*. Necesidades que son históricamente construidas, que no son asépticas, que no son técnicamente decodificables, que surgen de la conversación directa entre el personal de salud y la población detectando nuevas y viejas necesidades, que de alguna manera deben ser resignificadas.

Pensar en “necesidades” rompe la idea de un primer nivel de atención que opera sólo por demanda espontánea y que está copiando el modelo hospitalario y transformando el centro de salud en un “hospitalito”. Un “hospitalito” de frontera no es un centro de Atención Primaria: sólo refleja un modelo de hospital. Y aunque este modelo también debe ser revisado en el mismo hospital, de alguna manera primero hay que empezar a revisarlo donde parece más fácil revisar, donde están más desestructuradas estas relaciones, en consecuencia se pueden “mirar” mejor los problemas de la gente.

No siempre la gente que demanda es la que más necesita, no siempre los precios que el sector le ha puesto a la gente para ingresar, -precios materiales y simbólicos-, determinan que acceda el que más necesita, a

veces los precios mismos generan un mecanismo de discriminación negativa, por el cual son los que menos necesitan los que pueden acceder y los que más necesitan se quedan afuera. Este es un problema central porque al tema de exclusión no podemos ignorarlo.

Si pensamos el énfasis que en los últimos años se ha puesto en relanzar la promoción de la salud y su estrecha relación con determinantes que en su gran mayoría están fuera del alcance del sector salud podemos dimensionar la importancia de un **abordaje intersectorial**, imprescindible para explicar el origen de muchos de los problemas de salud e igualmente imprescindible para encarar soluciones. La acción intersectorial no puede ser una simple convocatoria a “que nos ayuden” desde otros sectores. La acción intersectorial planteada con mirada estratégica supone establecer alianzas y coaliciones de beneficio recíproco entre los sectores. Por su relación directa con la atención primaria mencionamos con frecuencia un acuerdo ganador-ganador entre salud y educación. Sin lugar a dudas una iniciativa tendiente a mejorar la salud de los niños de 1 a 4 años podría generar mucho mejores condiciones de educabilidad, al mismo tiempo el incremento en los años de escolaridad de la madre es uno de los mejores predictores de salud en la etapa perinatal. Tenemos allí las bases para un trabajo conjunto entre salud y educación de claro beneficio mutuo.

Una lectura realista nos orienta a leer las políticas menos en los discursos y más en los presupuestos. No cabe duda que la atención primaria ha avanzado en 25 años en su participación relativa dentro del sector salud aunque a veces ese dato deba deducirse por la carencia de datos económicos confiables. Sin embargo este crecimiento ha sido en muchos casos muy lento y con idas y vueltas que dificultan su consolidación. Hoy una renovada apuesta por la APS no necesita salir a comprobar su eficacia y las ventajas en un sinnúmero de casos sobre las formas tradicionales de atención está más que probada. Los presupuestos de salud de todos sus subsectores requiere mostrar cambios drásticos de su estructura de inversión y gasto respecto a décadas pasadas, incluyendo en este movimiento las inversiones en el campo más amplio de la promoción de la salud

Un último componente lo constituye la definición de **cobertura total** tan consustancial con la lógica de “**salud para todos**” y que lógicamente hay que correlacionar con la dimensión inclusión/ exclusión social. Aquí hay un dilema muy fuerte en el campo de la política social, donde hoy se está hablando de acciones universales o focalizadas. Pero no se habla neutralmente, sino que se hace para privilegiar a los sectores foca-

lizados. Se desconfía del sector salud y del sector educación por ser demasiados universales y por tener lo que, en la jerga económica, se llaman *filtraciones*. Esto supone que nuestros servicios estarían diciendo que atienden a un sector social pero en realidad atienden a otro, porque las facilidades o habilidades de la gente para acceder a los servicios generarían una especie de “filtración” hacia arriba en la inserción social de los beneficiarios.

Aquí hay debates que no hay que perder. Hay que recordar que el sector salud y el sector educación, entre otros, respondían - y es relevante defender que lo sigan haciendo -, a la idea de integración nacional. Este es un país de inmigrantes, de culturas divergentes, un país cuya integración es más una propuesta y un deseo que una realidad. En consecuencia, la tarea fundamental de la educación y de la salud en el país ha sido construir nacionalidad, ha sido construir identidad nacional, ha sido incluir. El hecho de que existan propuestas focalizadas que dan una respuesta específica a problemas de sectores en extrema pobreza, en situación crítica, no tiene que hacer perder de vista que puede ser una estrategia posible de “discriminación positiva” para el sector salud y para el sector educación, por la misma lógica de equidad, pero que al mismo tiempo esta intensificación no sea discriminatoria o estigmatizante, que se oriente por el principio de equidad ya que nadie le levanta al sector salud y al sector educación la función de ser integradores, la función de desarrollar capacidad de inclusión. Si la tendencia general externa de la economía es a excluir, esto debe ser denunciado, y la tendencia de los sectores sociales tiene que ser a incluir. En este sentido hay que comprender qué quiere decir “cobertura total”. Se llama la atención sobre esa necesidad de inclusión. Es probable que sea una imagen pesada porque lo de total y totalizador siempre es demasiado abarcativo, pero opera como una lógica: que el sector salud tiene que verse en una tarea política más amplia que es la de incluir.

Hace falta ir articulando la funcionalidad más amplia de la reconfiguración del sector salud en la lógica de Atención Primaria, dentro de los procesos sociales más complejos que se están dando en estos momentos. Cuando se menciona el concepto de gobernabilidad, éste surge de alguna forma del equilibrio entre el desarrollo social y el desarrollo económico. El concepto de gobernabilidad surge de las ciencias políticas, fundamentalmente en la década del '70 en Europa. No se trata de la irrupción de los sectores sociales sobre el orden político, sino que se trata de la irrupción de la economía sobre el orden político. Es al revés de como aparece en los medios. Éste es un concepto que vale la pena tener en cuenta; las crisis de

governabilidad se producen por la crisis del petróleo, por razones estrictamente económicas en los países europeos, es la economía la que desestabiliza la política y no los sectores sociales. La idea de gobernabilidad, de equilibrio aparece como un concepto, pero al mismo tiempo parece esconder una especie de amenaza, porque evidentemente las caídas dramáticas de la gobernabilidad significan dificultades muy serias para la relación Sociedad-Estado y para el equilibrio político. En consecuencia, el problema de la inversión social, el problema de la eficacia de las políticas sociales, el problema de la capacidad redistributiva, el problema de la capacidad de inclusión, han dejado de ser preocupaciones exclusivas de los sectores sociales, y vuelven a ser preocupaciones predominantemente políticas.

Cuántas reuniones de presidentes latinoamericanos terminan con declaraciones que apelan al problema de la pobreza, al problema de la gobernabilidad, siempre con la duda de *a quién se lo estarán diciendo*. En la práctica estos son temas habituales de la agenda de presidentes, no sabemos si nos imaginamos que esta gobernabilidad va a venir de la cooperación externa, porque se señala en estos foros como una demanda de la agenda interna.

En esta articulación de gobernabilidad, de ciudadanía, de derechos, nosotros como sector, en cada uno de nuestros niveles de decisión, estamos tomando decisiones que van en el sentido de la inclusión o que refuerzan la exclusión. En la medida que analicemos el par inclusión-exclusión y reevaluemos nuestras acciones cotidianas sobre esta perspectiva, tendremos una señal de que nuestra tarea de equipo, como sector, como profesionales, está colocada o no en el sentido de profundizar democracia. En sentido estricto la idea de democracia es una construcción, es un proceso, la democracia no es un *dado* sino un *dándose* y este *dándose* depende de todos los actores sociales que de una manera u otra intervienen en ella.

Queda un desafío enorme que está por detrás de la estrategia de Atención Primaria a través de todos los nuevos espacios y escenarios de intervención, con sus nuevas articulaciones y rearticulaciones: profundizar la democratización del sector salud y colocar esa democratización del sector salud en el eje de la democratización de la sociedad.

1er Encuentro

Reconocimiento: Hacia la Conformación de Redes

Presentación y objetivos

Quiero agradecer la oportunidad de este espacio en común; la Secretaría de Salud nos ha brindado las condiciones para esta actividad, no solamente en su sentido organizativo, sino también como punto de partida en la generación de un proceso que naturalmente comenzó antes de este curso y continuará después. Me resulta muy grato comentar que preexiste un interesante nivel de reflexión de un grupo que va a estar interactuando con ustedes y que forma parte del mismo curso, sin la expectativa de diferenciarse, sino que esta historia previa de pensar cómo materializar esta actividad puso a este grupo organizador a madurar una propuesta hasta el punto que ella pudiera ser abierta y compartida, socializada, con todos los participantes. Seguramente, si las ideas son correctas, si las propuestas son adecuadas y si lo que discutimos acá es pertinente, descubriremos, en primer lugar, que somos muchos pero luego descubriremos que no somos los suficientes. Es decir que, imaginamos que la materia prima que estamos tratando de compartir y sobre todo de construir entre todos, tiene algo para ser compartido con estas 3800 personas que conforman hoy el plantel de la Secretaría, de las cuales nosotros vendríamos a ser una pequeña muestra, aunque tuviéramos una posición muy relevante. Convocar a estas 3800 personas, que podrían eventualmente articularse alrededor de la palabra **redes**, a su vez tendría sentido, no porque cerraríamos una especie de isla perfecta, sino porque constituiríamos o profundizaríamos redes abiertas, lo que significa abrir estas redes y articularse con otras que la misma sociedad ha ido generando a veces como

verdaderas estrategias de supervivencia o como muestras firmes de solidaridad. En algún sentido cuando hablamos de redes, cuando se tiene una perspectiva adecuada, el Estado empieza a copiar a la sociedad; cuando lo habitual era lo inverso: se pretendía que la sociedad copiara los artefactos jurídicos y organizacionales del Estado.

Con esta pequeña introducción, estamos abriendo un curso que es una actividad docente nueva. No es la reproducción de ninguna otra actividad, no es un “*enlatado*”, sino que ha sido imaginada desde el inicio como una actividad de educación permanente. La idea de educación permanente, entendida como la educación en el trabajo, educación por el trabajo, educación para mejorar el trabajo, es una idea central y el hecho que transitoriamente nuestro evento, por la cantidad de personas que somos, se lleve al escenario artificial de un salón de conferencias, esperamos no nos haga perder de vista cuáles son nuestros escenarios naturales. Cuando pensamos este curso, imaginamos trabajar con un grupo más pequeño que podría ser nómade, itinerante; un día reunirse en un hospital y otro en un centro de salud o en otro lugar. A pesar de que esta expectativa se volvió poco práctica, la expongo para que vayamos compartiendo los que podrían ser los imaginarios de este curso: incluirnos en un objeto más grande que sería la red del Servicio de Salud que ofrece la Ciudad de Rosario a su población. Como les decía antes, a poco de andar descubriremos que no somos todos los que deberíamos ser, faltaría gente, en tal caso ese sería un indicador de que estamos andando por buen camino.

A esta actividad cuesta denominarla “curso”, porque está organizada como un *rosario* de eventos o talleres (entendemos la resonancia que tenía la palabra Rosario en este contexto y la usamos en su doble sentido). Esta conexión de eventos tiene importancia en la medida en que, lo que vayamos trabajando, “rebote” en los servicios y unidades de las cuales ustedes provienen y que, a partir de esto, en los eventos sucesivos no sólo traigan sus inquietudes personales sino también puedan ser portavoces de inquietudes, preocupaciones, propuestas, ideas, iniciativas, que en los distintos centros se van generando. Eso nos daría la posibilidad, metodológicamente, de extendernos hacia las personas a las que hoy no podemos llegar físicamente. Esto no se fuerza; ocurrirá sólo si ustedes sienten que estamos discutiendo cosas que valen la pena y que es útil no sólo para algunos, nos apoyamos en la idea de equidad en la distribución del saber y del poder, idea que nos parece que hay que trabajarla en relación con la sociedad pero también dentro de casa.

Voy a postergar un detalle pormenorizado del programa para explicarlo sobre el final de la jornada de hoy, a partir de los conceptos que vayamos compartiendo. Así el programa será más inteligible que ahora.

He preferido empezar el tema de una manera un poco heterodoxa, evocando un hecho que ha empezado a ser una nueva forma de expresión social y política cuando existen crisis hospitalarias. Por lo que yo sé, ustedes tienen otra historia y conocen otros antecedentes. La forma de expresión a la que me refiero, se utilizó en la crisis del hospital de Morón y hace muy poco se volvió a dar en una crisis importante en San Miguel. Es un hospital del llamado primer anillo del conurbano. En el crecimiento concéntrico o excéntrico del conurbano, el segundo anillo, que aporta casi 3 millones de habitantes extras (en términos censales) se había quedado sin servicios; es decir que por aposición se iba agregando una población sin servicios. Los trabajadores del hospital, junto con la población, fueron armando grupos de defensa del hospital público y manifestaron sus expectativas en un abrazo al hospital: la gente se tomó de las manos y rodeó el hospital. Es decir, se hizo un cordón humano que abrazó al hospital.

Me parece que es algo fantástico. Es un síntoma o expresión de un nuevo acuerdo o pacto, entre el personal de salud y la población. Hace algún tiempo, y para ver la contracara de esto, durante el gobierno de Durán Ballén, en Ecuador, el movimiento de defensa del hospital público se tuvo que armar muy rápidamente porque se intentaba desarmar activamente lo que constituía una Salud Pública emergente. La Salud Pública del Ecuador es muy nueva, muy ligada al auge del precio del petróleo, muy joven y probablemente fundada sobre la lógica desarrollista de los '60 con un Estado benefactor, pero un Estado benefactor tardío, muy dinámico, con mucha infraestructura, mucha autoestima del personal de Salud, en general gente joven. Este fenómeno que dura desde el '68-'70 hasta el '92-'93, le da a la Salud Pública ecuatoriana un enorme dinamismo, incluso instala en la población la sensación de salud como derecho, el acceso gratuito a los servicios, etc., cosa que no sucedió en sus países vecinos como Perú o Colombia. Cuando Durán Ballén hace caso a lo que le dice el embajador norteamericano - que "Ecuador está muy atrasado en las reformas y que tienen que quemar etapas para no perder el tren" - el movimiento de defensa del hospital público se instala rápidamente, se arma casi sobre la crisis. Cuando este movimiento empieza a buscar el apoyo de las organizaciones populares, la gente responde diciendo "¿ahora se acuerdan de nosotros?". ¿Y todo este tiempo anterior de no hablar, de no consultarnos? ¿y las largas colas de espera a las que nos sometíamos?

Estos dos ejemplos nos llaman la atención sobre algo que técnicamente llamaríamos **legitimidad**, algo que corresponde al capital social, al capital de cualquier institución de Salud y nos invita a reflexionar sobre una variable vital para monitorear: ¿cómo anda nuestra legitimidad?, ¿qué tal anda la relación con nuestra gente, con nuestros usuarios?, ¿saldrían hoy nuestros usuarios a abrazar nuestro servicio, el hospital, el centro?, ¿saldrían a cuidarlo?. Si la respuesta es sí, la pregunta siguiente es ¿cómo mantenemos y reforzamos esa legitimidad? Si la respuesta es no, la pregunta siguiente es ¿cómo logramos que nos ayuden a defender el hospital, cómo aumentamos la legitimidad de nuestras instituciones, cómo la construimos?

A este primer punto lo vamos a trabajar con la idea de redes, pero no vamos a transformar a las redes en un nuevo fetiche de la Salud Pública, no las vamos a transformar en un artefacto en sí. Lo que vamos a trabajar no son *redes en sí*, sino *redes para*, redes como medio, redes como forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente. No porque nos gusta, no porque nos vemos mejor en ese espejo, sino porque necesitamos “*enredarnos*” para movilizarnos en el sentido de dar respuesta a las deudas que tenemos con la salud de la población. Colocada esta idea inicial de *redes-para* e incluyendo la dimensión afectiva que hay en abrazar al hospital, tenemos que decir que no son redes sólo intelectualmente diseñadas, son redes integrales: emocionales e intelectuales.

La lógica de redes

Para comenzar a revisar la lógica de redes, debemos preguntarnos de dónde partimos, o a quién recurrimos, para también poder reflexionar sobre la misma. Podemos ingresar al tema desde distintas perspectivas. Por ejemplo, en la moda de las redes cibernéticas hay un mensaje sumamente interesante: cuando se habla de globalización, muchos se imaginan que ha sido una estrategia económica o comercial. En el caso de Internet, que aparece como el gran ejemplo de redes y de globalización, es interesante ver que el antecedente directo es otra red que se llamaba BITNET, que era una red científica en el sentido estricto de la palabra, una red altruista. BITNET significaba en inglés: “porque es tiempo de redes”⁴. Como muchos descubrimientos e innovaciones tecnológicas sus orígenes son controversiales; probablemente es la consecuencia de la reducción de

⁴ *Because it's time for Networks*

la amenaza de la Guerra Fría lo que la genera, porque entre otras cosas se descubre una gran capacidad ociosa en los satélites de la NASA, con lo cual la misma, como una organización de Estado, pero también científica, decide abrir su volumen de capacidad ociosa y dona capacidad de comunicación mundial a los científicos, así nace BITNET y bastante después, cuando alcanza un volumen de tráfico mayor, surge el interés comercial que como está siempre alerta y ve una oportunidad en este desarrollo se apropia de espacios cada vez mayores en una muestra de lo que se suele denominar la cultura caníbal. El Internet en la práctica es una extensión, una apropiación, un canibalismo comercial de esa herramienta inicial, que hoy se ha transformado en un shopping mundial, con múltiples centros comerciales conectados, etc. Sin embargo, se han dejado algunas reglas de juego básicas de libertad, de convivencia, que permanecen dificultosamente dentro de la Internet. En el fondo nosotros somos operadores de BITNET porque seguimos haciendo circular la dimensión científica de la red.

En esta idea de red, sin embargo, hay otras ideas interesantes. Una de ellas es que la conexión de las personas es una **conexión personal**. Está claro que se conectan personas, en algunos casos aparecen instituciones, pero una vez que se conectan personas o instituciones, para la red, tanto una como la otra, valen lo mismo. Cuando se produjo el impacto que se preveía del cometa descubierto por Shoemaker y que lleva su nombre sobre Júpiter, cayeron muchos fragmentos generando como “explosiones atómicas”. Allí se comprobó por primera vez que del mismo evento se podía sacar mucha información si se hacían comparaciones mirando desde distintos lugares de la Tierra. Se organizó a través de Internet una red de observación, entonces, mirando el mismo evento desde distintos lados se obtenía distinta información, no tenía importancia quién fuera el informante, todos estaban en red, se generó una especie de observación mundial. Lo que llama más la atención es que ninguna información fue descartada porque la hubiera generado un observador con un telescopio pequeño, todas las informaciones entraron como dato y luego, la reconstrucción del hecho dio una información que nadie podría haber dado individualmente. La reconstrucción del impacto y las consecuencias de él se lograron fundamentalmente sobre la base de la observación mundial. Mientras en unos lugares se veía de noche, en otras partes se veía de día y en diferentes condiciones.

Estas imágenes metáforas o analogías nos ayudan a ver por qué se nos va acercando la idea de red a la vida cotidiana y qué mensajes nos

trae. Desde la cibernética las redes, si bien tienden a comercializarse, continúan democratizando el saber. Esto quizás sea sólo por ahora, hasta que la tecnología y el poder generen nuevos filtros. En lugares muy pequeños de la Argentina hay grupos profesionales - de nuestra profesión, por ejemplo - haciendo búsquedas ya que incluso, la Medicina en el interior, deja más tiempo libre para las búsquedas que en el caso de las grandes ciudades, ya que para usar Internet hace falta tiempo.

De esta forma se está desarticulando la idea clásica de las pirámides. Vamos a ver progresivamente por qué lo que se opone a la lógica de redes son las pirámides, o las formas jerárquicas y burocratizadas de organización. Las redes no son telarañas, no son concéntricas, son formas de articulación multicéntricas.

Una segunda provisión proviene del campo de la **administración**. En este campo cada vez se analiza más el dispositivo redes como modelo organizacional. Esta idea se genera en las grandes corporaciones u organizaciones, que tienen que manejar productos relativamente uniformes en lugares totalmente heterogéneos. A partir de allí, se empiezan a generar nuevas formas o vínculos para que la gente pueda hacer cosas parecidas a pesar de que los niveles de autonomía de cada una de las unidades son enormes, en algunos casos ni siquiera son propiedad de la fábrica original. Por ejemplo llama la atención a veces saber que las fábricas de Coca Cola no pertenecen a ella, son fábricas que pagan *royalty* por el uso de la marca, no es como la Ford que tiene subsidiarias, son empresas independientes que se juntan bajo una determinada marca o producto que los articula (sistema de franquicias o franchising). En sentido estricto son redes y no jerárquicas sino vinculares y contractuales. Pero aun las grandes corporaciones han comenzado a descentralizar tanto sus filiales en los países que apelan a su articulación en redes como si fueran cada una empresas independientes.

Hay un tercer aporte - que es el que vamos a utilizar más porque probablemente está más cerca de nuestras inquietudes - que es el ingreso a redes por extensión de los análisis de la **Psicología Social**. La Psicología Social, que desarrolló toda una reflexión alrededor de los grupos y múltiples escuelas trabajaron sobre esta perspectiva, descubre que de alguna manera la idea de grupo es limitada. Algunas escuelas dicen que grupo no es una psicología de un objeto nuevo que se llama grupo, sino que grupo es una psicología del sujeto, pero analizado en su grupalidad, es decir los referentes que tiene cada sujeto de su mundo o entorno. Entonces, analizando al sujeto, se descubre que los sujetos no sólo forman

grupos, también hay redes. Slutsky, psicólogo sistémico argentino que vive en California, relata un caso clínico de un paciente anciano que vive solo y que presenta un cuadro depresivo que al tratante le parece exógeno, le parece que no se trata de un problema interno de dicho paciente. Entonces empieza a interrogar al núcleo familiar, los llamados grupos primarios, y no encuentra nada, no encuentra ningún hecho que explique esta situación. En vez de abandonar la búsqueda de esta hipótesis, decide profundizar en esto y tratar de reconstruir la vida cotidiana de este paciente. Este paciente, que vive solo, es autosuficiente, pero al mismo tiempo está sin familiares directos. Se descubre que los contactos diarios son tan escasos que su diario, con el que conversa 30 o 45 minutos todas las mañanas, corresponde casi al 45% del total de sus redes sociales. Reinterrogando, aparece el dato de que el diario se jubila y se va, con lo cual, la situación crítica de este paciente es atribuida a que perdió casi la mitad de sus redes sociales en el vínculo con una persona que difícilmente alguien hubiera dicho que es parte de su *grupo*. En realidad es mucho más amplio el concepto de redes, es el concepto de muchas cosas que nos dan las instituciones en las que trabajamos, en los lugares donde nos saludan todas las mañanas, lugares donde compartimos noticias, lugares donde sabemos lo que le pasa a los otros, esto configura *redes* y forma parte incluso de nuestras redes de soporte en términos de constitución como sujetos.

Desde esta perspectiva vamos a decir que, para nosotros, redes son *redes de personas*, se conectan o vinculan personas, aunque esta persona sea el director de la institución y se relacione con su cargo incluido, pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, no se conectan computadoras entre sí, se conectan personas. Por esto es que se dice que *redes es el lenguaje de los vínculos*, es fundamentalmente un concepto vincular. Cuando introducimos este concepto de redes, inmediatamente decimos que no es nuevo para el sector Salud. Nosotros ya hemos trabajado la idea de redes, pero existen dos cosas que vale la pena aclarar. Primero: redes fue considerado como un elemento interno de otra concepción que era la de *sistemas*. La concepción de sistemas es un gran homogeneizador, si ustedes toman las cosas más heterogéneas que se imaginen, por ejemplo y las ponen en el lenguaje de sistema, les van a parecer homogéneas. Cuando alguien dice “por qué no analizamos el Sistema de Salud de la Argentina”, esta forma de decirlo automáticamente le otorga al objeto una homogeneidad que no tiene. En la práctica se podría decir “analicemos cómo se prestan servicios de Salud en la Ar-

gentina”, así formulada la propuesta permite emerger la heterogeneidad. Sistema es un aparato homogeneizador. Redes, en cambio, parte de otra lógica, parte de asumir la heterogeneidad. Redes no homogeneiza, redes asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas.

Nosotros tenemos una especie de imaginario institucional, tanto que se dice “*el Estado institucionaliza la sociedad*”, pero lo hace sobre un modelo tal que la “base” - en definitiva la sociedad - se homogeneiza por la unidad de mando, bajo la misma lógica de los modelos institucionales o del origen de los clásicos de la administración, que decían “*la autoridad es el cemento de la organización*”. Una sociedad organizada está institucionalizada y si lo está es una pirámide, hay unidad de mando. Esta idea viene de las organizaciones productivas y también de la organización del Estado, de la lógica monárquica. Los Estados monoteístas se organizan con un monarca y éste tiene delegación de Dios. En los modelos presidencialistas, el hecho de que el origen del poder no venga de Dios sino que provenga del mismo pueblo, a través de la delegación, no cambia el hecho de que igualmente se vuelva a la lógica de unidad de mando, con lo cual el presidencialismo en muchos aspectos repite a la monarquía, en países como el nuestro exageradamente.

Pero la realidad no se nos presenta bajo esta lógica, no se organiza en pirámides, por lo que la situación se nos presenta como *sociedad fragmentada*. Este es un gran referente de la posmodernidad. Pensemos que en la modernidad se trataban de *explicar* las cosas dándole unidad. En la posmodernidad, al querer explicar las cosas, la realidad surge como una especie de espejo roto. Se desestructuró de tal manera que al que tenga un imaginario de orden y organización se le escapa la realidad por todos lados. Hoy en día no hay unidades asibles, ordenables, coordinables y autolimitables, en la práctica la sociedad aparece en forma fragmentada y las instituciones, imitando a la sociedad, también. En el imaginario la institución es una cosa, pero en la realidad es otra. Uno diría que esto es un archipiélago, que parece una organización feudal. O que cada uno está en lo suyo. Y se arman pirámides como castillos *feudales*, pero no podemos construir un castillo más grande que pueda representar a toda la institución. Como tenemos muy arraigado este modelo, que en el fondo tiene reminiscencias autoritarias, entramos en una especie de tensión, porque tampoco nos gusta un espectáculo en donde esté todo fragmentado. A pesar de que en la fragmentación pareciera que pueda emerger el sujeto. Es como si hubiera un piso de hielo que al romperse en fragmentos per-

mite que los sujetos emerjan de un discurso moderno que los tenía atrapados, congelados. Al desestructurarse también deviene la emergencia del individuo - para una perspectiva teórico-política -, o la emergencia del sujeto - para otra perspectiva teórico-política -. Podríamos decir que la fragmentación, en cierta manera, trae ventajas y desventajas. La desventaja es esta sensación de que no suma nada, pero la ventaja es que permite la emergencia de las personas concretas que no podían surgir con discursos que los anulaban, que decían “*el hombre y la mujer son meros productos de su historia*”, el énfasis es que somos producidos –lo que es cierto-, pero somos productores, lo cual también es cierto. El énfasis estaba en un determinismo social que nos consideraba como *producto* de, nunca “*productores de*”. La posmodernidad tal vez exagera el segundo aspecto pero coloca en el centro al sujeto porque enfatiza que somos productores, o sea que la sociedad por venir va a ser también consecuencia de lo que nosotros hagamos.

En este dilema nos quedaríamos entre una perspectiva autoritaria versus una perspectiva fragmentada o anárquica, atrapados entre estas dos dimensiones. Este dilema puede provocar que cuando uno exagera esta imagen de anarquía, produce sin querer más demanda del modelo piramidal, es casi automático: cuando la gente tiene sensación de caos, se generan altas demandas de control. Una alimenta a la otra y nosotros nos quedamos atrapados habitualmente entre estas dos opciones. Si la fragmentación ocurre dentro de límites tolerables es una cosa, si los sobrepasa se empieza a pensar en soluciones autoritarias, salvo que tengamos el ingenio de construir una tercera posibilidad. Para mí esta tercera posibilidad se llama *redes*. Fíjense qué interesante, la homogeneización es necesariamente autoritaria, es una compactación autoritaria de las diversidades. En vez de esto trataremos de articular heterogeneidades.

Es decir, los dos modelos se nos representarían, si quisiéramos buscar analogías gráficas, en un caso como una pirámide – la homogeneización jerárquica – y en el otro como archipiélago, como una dispersión de fragmentos aislados – la sociedad fragmentada de nuestros días –. Pero al incorporar la lógica de redes, podríamos valernos de otra analogía, dibujando imaginariamente una especie de “parrilla”, con muchas conexiones. Entonces, al sobreimprimir las redes sobre la fragmentación vamos creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica. Al tener **heterogeneidades organizadas** reducimos la *demanda de organización piramidal* y, al reducirla, equipamos a las personas, a las sociedades e instituciones para profundizar democracia, antes

que perder democracia cada vez que la sensación de caos nos invade. Dicho de otra manera, todos los procesos de democratización de poder tienen como punto débil el hecho de que las personas que son delegadas o manejan unidades de poder desconcentradas, autogeneradas, a veces no pueden sostenerse en crisis. Las crisis son verdaderas “ergometrías de la democracia”: las crisis son una verdadera prueba de esfuerzo que tensa a la democracia y la pone a prueba en su capacidad de subsistencia, tanto a nivel social como institucional. Esto se ve muchísimo en otros ejemplos, como en el caso de la descentralización, muchísimos ejercicios de descentralización en el sector Salud han sido arrasados por las crisis y luego de ellas la institución aparece más centralizada que antes de comenzar el proceso de descentralización, salvo que las unidades descentralizadas se equipen para operar en crisis.

A partir de este dilema, la noción de redes nos empieza a dar un mensaje distinto al de la idea de sistemas. Porque a pesar de que no le parece, el concepto de “sistemas” implica organización piramidal. Pensemos en la raíz biológica que tiene la Teoría General de Sistemas (TGS), para la cual cualquier pérdida de control por parte de la unidad central de control tenía carácter entrópico. Sucede lo mismo que con el corazón, si el nodo que comanda sus latidos no sigue mandando las señales de funcionar, y otros centros empiezan a conducir, puede haber arritmias y luego paro cardíaco. Todo *foco ectópico de control de poder es desorganizador, caótico “entrópico”*, en consecuencia amenazante para la estabilidad de los sistemas.

En el fondo los sistemas son pirámides. Cuando hablamos de sistema de Salud lo que nos parecía muy democrático, vemos que podía ser muy equitativo pero no necesariamente muy democrático. Hoy se ve que muchos sistemas que hemos admirado y en los que nos hemos apoyado en la construcción histórica de la Salud Pública, como el modelo inglés o el chileno, en muchos aspectos no tenían resuelta esta dimensión, eran mucho más justos e igualitarios que otros modelos, pero también, simultáneamente, eran autoritarios y burocratizados. Ahora empiezan a verse los casos en donde se manifiesta el poder burocrático del sistema inglés para decidir a quien se transplanta o no y definir moralmente a quién sí y a quien no. Empieza a develarse que aun el mejor de los sistemas funciona sobre la base de concentración de poder puede tener deudas con la democracia.

En las redes no necesariamente se funciona así. Puede haber múltiples nodos, necesita tener múltiples nodos, no tiene una propulsión desde

un lugar específico, sino que tiene lugares de articulación, tiene nodos de mayor densidad. Redes se parece al tránsito, hay calles principales, hay zonas congestionadas, hay zonas periféricas con menos densidad de tráfico, es más geográfica, atrapa mejor la heterogeneidad. La Ciudad de Rosario no es ni un círculo, ni un triángulo; tiene una geografía heterogénea y las redes del Servicio de Salud tendrán que ser tan heterogéneas como la ciudad misma, heterogénea geográfica y culturalmente, heterogénea en capacidad de respuesta a necesidades diversas, etc. En el modelo de sistema teníamos que homogeneizar, en el modelo de redes podemos permitirnos respuestas flexibles a necesidades diversas de la gente.

Esto sería una especie de imaginario. Por extensión y usando la analogía de Internet e Intranet⁵ este imaginario de redes, nos permite decir que, si cuando se escucha hablar de redes al principio se suele pensar en la relación con el afuera, el concepto se puede utilizar adentro. Yo puedo reorganizar mi hospital con la lógica de redes, que es una estructura diferente a la de las pirámides, de los organigramas, de las estructuras de poder (quién controla a quien, quién reporta a quien). En esta lógica, redes no es solamente una estructura para vincularse con el afuera, sino también para establecer nuevas formas vinculares en el adentro, pueden surgir mecanismos para generar **redes intrainstitucionales**. También podemos usar como analogía las redes telefónicas, podríamos decir que tienen puntos de mucha densidad que serían las redes urbanas y otras de menos que serían las redes interurbanas. Si hablamos de organizar servicios en redes en el caso de Rosario podría significar este doble juego, como si cada institución fuera una ciudad y como si las vinculaciones entre ellas fueran el equivalente del servicio interurbano.

A partir de esta configuración tendríamos que pasar a un segundo análisis, redes no es simplemente **referencia y contrarreferencia**, la idea de que soplando por un tubo enviamos algo que otro recibe y nos devuelve sería empobrecer las potencialidades del concepto de redes. A partir del momento en que la gente entra en red, entra en vínculos solidarios, lo que la gente va a evaluar para decir que estos servicios en realidad son una red, es si hay comportamiento solidario. En la física se dice que hay comportamiento solidario cuando nada que ocurra en un cuerpo puede ignorarlo otro cuerpo que es solidario con el primero, cuando estamos en

⁵ Intranet es un programa que se puede utilizar dentro de las instituciones, es decir para mejorar la comunicación intrainstitucional.

redes nada que ocurra en algún lugar, le es ajeno a otro lugar, así si aparece un caso de cólera en un centro de salud, la red se pone en alerta y nadie puede ignorar en ningún lado de la red que hay un caso de cólera. Pero esto que puede comenzar a entenderse con los casos extremos, al incrementarse la lógica de redes, debe incorporar otros problemas, si aparece una muerte evitable en algún lado nuevamente la red no puede ignorarlo. Se profundiza la agenda de las cosas en las cuales nos vamos poniendo en red.

Naturaleza de los vínculos

Desde este primer esquema vamos a dar un salto para hablar de la naturaleza de los vínculos. Vamos entonces a considerar cómo se construye la unidad de una red, que sería la unidad de vínculo. Si decimos que se conectan sujetos, para comenzar a generar red tienen que existir dos sujetos por lo menos. La unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. Antes de empezar a pensar en términos de “red”, necesitamos profundizar esta idea. Existen múltiples redes formales e informales, como esas que están y se ponen en evidencia cuando tenemos un paciente que nos interesa, al que le sugerimos que no “haga cola”, que no pida turno, que vaya con un papelito a ver a *tal* profesional, es lo que funciona, salvo que un día el profesional al cual lo enviamos haya faltado a su trabajo. Son vínculos que se arman y que sin ellos uno no podría trabajar, ni siquiera en privado, salvo que uno tuviera un trabajo en el cual fuera tan autosuficiente, de manera tal que pueda resolver todo lo que puede tener un paciente.

En esta historia de vínculos vamos generando y profundizando nuestra concepción de redes. Existe una especie de **macromecanismo** que podría dar cuenta de distintas categorías, como por ejemplo de pertenencia, de identidad con un grupo. Cuando se genera un grupo *artificial*, donde habitualmente la gente sólo comparte su tiempo en las reuniones grupales, en un primer momento para nosotros el otro casi no existe, se requiere un tiempo para que yo vaya incorporando a los otros en mi *representación interna*, voy incorporando y al mismo tiempo me voy viendo reflejado en el otro. En la dinámica grupal empiezan a pasar cosas, en algún momento el grupo es y al mismo tiempo se está constituyendo y en esa constitución, cuando aparecen tareas o unidades de producción específicas de los grupos, en algún momento las personas deciden transferir una parte de su identidad, o narcisismo, a una especie de narcisismo de

grupo. En vez de estar orgulloso de lo que yo hago, empiezo a estar orgulloso de pertenecer al grupo, soy parte de un grupo o de un equipo y hacemos algo que ninguno de nosotros podría hacer solo.

También sería posible, al menos teóricamente, pasar del narcisismo de equipo al narcisismo de institución: *“yo soy parte de este hospital”*. En este caso hemos ido aún más allá, estamos imaginando casi un narcisismo de red.

El proceso durante la actividad que tendremos juntos, consiste en ir construyendo la necesidad de redes y la pertenencia a ellas. Es un proceso tal que me permita decir, en un momento dado, que yo pertenezco a algo más grande, que no es sólo mi servicio o mi hospital, es esta red que resuelve solidariamente problemas. Incluso, entonces un paciente no importa por dónde entre, va a recibir una atención parecida, similar, coherente, no va a notar diferencias, va a sentir el comportamiento solidario de la gente que configura toda esta red.

Niveles en la construcción de redes

Este proceso que intentaremos recorrer, es semejante al que debe recorrerse en la construcción de cualquier red. En el proceso de construcción existen diferentes **niveles de vínculo**, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos, para monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles generan una secuencia que es en la práctica mucho más compleja que lo que vamos a enunciar pero nos puede servir para avanzar en nuestra comprensión. Esos niveles son:

reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación.

Una secuencia en donde cada uno sirve de apoyo al siguiente.

El primer nivel es el de **reconocimiento**, que expresa la necesaria aceptación del otro. En casos extremos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que el otro existe. Esto forma parte de nuestra jerga habitual, de la cultura de nuestras instituciones específicas, la forma como uno se refiere en una institución a los otros demuestra, un no reconocimiento del derecho a existir –al menos como interlocutor- de los otros. Y voy a dar ejemplos que no son de Rosario, pero son muy duros y alguna vez muchos de nosotros lo hemos escuchado. Así se expresaba un médico de hospital con respecto a sus colegas de un

centro de salud: “A este lo mandó un médico de un centro periférico. Bueno ... ‘médico’ ... es una forma de decir ... si está en un centro de salud ...”

En el centro de salud, el discurso podría ser: “Fíjate las indicaciones que le dieron a este paciente en el hospital. Estos tipos están en una torre de marfil ... nunca vieron dónde vive la gente”. Son representaciones donde fácilmente se descalifica, se inhabilita a los otros.

Son además discursos que igualan en el desconocimiento del otro como tal y en una cierta homogeneización entonces desde un centro de Salud toda la gente del barrio es igual; desde un hospital toda la gente que trabaja en un centro de Salud es igual, desde un centro de Salud y un hospital toda la gente que trabaja en la Secretaría es igual, desde la Secretaría la gente que trabaja en los hospitales son todos iguales. Después uno descubre que no todos son iguales, ni uno es igual a otro y que hay una enorme heterogeneidad en cada una de estas unidades. El primer punto para empezar a construir es reconocer que el otro existe o, más precisamente, que el otro tiene derecho a existir, a decir, a opinar, a ser interlocutor.

Siguiendo con el uso de casos extremos, Bertrand Russell hizo un análisis de la literatura de guerra y descubrió que todo el periodismo de un país en guerra nunca menciona las bajas de los otros en término de personas que murieron y, en algunos casos, cuando se está en el fragor máximo los que murieron son “*bestias salvajes*” o algo similar. No murieron *personas* del bando enemigo, la idea es animalizar en el mejor de los casos, con lo cual yo siento que murió nadie. Como decía Dafoe en el diario de la peste “*la epidemia ha sido benigna...no murió nadie ... importante*”. En el caso de la toma de la embajada de Japón en Perú⁶, no murieron personas. En la guerra contra Irak, en el ‘91, la prensa norteamericana hablaba de “daños colaterales” (collateral damages), no eran muertes. Los iraquíes eran personas que estaban pegadas a los objetivos estratégicos de los que sí había que informar sobre su liquidación. Lo mismo ocurre en el “diálogo” de los árabes e israelíes, no pueden ni dialogar porque el principio estratégico es que no existe el otro. Para los palestinos el Estado de Israel no existía, para los israelíes Palestina no existía, ¿quién va a dialogar con alguien que no existe...?

Si nos cuestionamos realidades más cotidianas: ¿Qué diálogo puede existir entre los profesionales y la población, si creemos que “*nada útil*”

⁶ Se hace referencia a la por entonces reciente toma de la embajada de Japón en Perú que fue recuperada con un gran número de bajas.

puede uno sacar de hablar con nuestros pacientes??. Reconocer que el otro existe es reconocer que el otro puede decir algo importante para mejorar la calidad de un servicio, que puede decir cosas que a mí no se me hubieran ocurrido nunca, salvo que estuviera en el lugar de él. Muchas veces pasa que a un médico le toca estar en el lugar de un paciente, en ese momento se ve otra película, se tiene otra mirada y otra posición sobre las mismas cosas.

Es el caso que ustedes tienen en Rosario con la presencia de una población de origen Toba. Si se dice simplemente que *“existen y son como un habitante más, como cualquier otro”*, si no quiero aceptar su identidad, entonces en el fondo no los veo. Todo lo que se diferencia de lo que conozco o de aquello a lo que atribuyo *normalidad*, lo voy a rechazar. *“Sí, son ciudadanos, pero son tan distinto, tan especiales”*. Para poder reconocerlos en realidad yo tengo que reconocerlos y aceptarlos tal como son. Esto es mucho más fácil decirlo que hacerlo.

No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a opinar, su derecho existir como interlocutor, *“qué puede decir un profesional de un centro de salud de cómo organizar un servicio en un hospital”*, no reconozco que puede decir sobre lo mío, o al revés, *“¿qué puede decir un médico de un hospital sobre cómo organizar la atención, las formas de trabajar en un centro de salud?”*.

Entonces, hemos recorrido este primer nivel cuando comenzamos a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y tenemos que tomarlo en cuenta.

Hay un segundo nivel que es el de **conocimiento**. Luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en nuestra percepción, empezamos a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, queremos saber quién es el otro, queremos entender cómo se ve el mundo desde ahí.

En un tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir algunas circunstancias y algunos eventos que nos conducen a la **colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de co-laboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad, empezamos a colaborar y aunque sea desinteresadamente esta colaboración obliga, genera una sensación de reciprocidad espero que cuando haga falta también colaboren conmigo.

En el cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de **co-operación** (co-operación: operación conjunta). Es un proceso más complejo porque parte del supuesto que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades.

Existe un quinto nivel donde hay **asociación**, donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Toda esta construcción puede ser representada en una figura, donde colocamos los niveles desde abajo hacia arriba (el reconocimiento es el cimiento sobre el cual se basa el conocimiento, el tercer nivel, el de colaboración se apoya en el segundo, el cuarto, el de cooperación, en el tercero, etc.) también para señalar que a cualquiera de estos niveles hay que sostenerlos. Si uno no los sostiene se caen.

- 5 asociación**
- 4 cooperación**
- 3 colaboración**
- 2 conocimiento**
- 1 reconocimiento**

También podemos expresarlo en una tabla:

Nivel	Acciones	Valor
5. Asociarse	Compartir objetivos y proyectos basados en la asociación	Confianza
4. Cooperar	Compartir actividades y/o recursos	Solidaridad
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica, situacional.	reciprocidad
2. Conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace	interés
1. Reconocer	Incorporar al otro como interlocutor o aun como adversario.	aceptación

Se podría hablar de un sexto nivel **de fusión** pero rara vez los niveles de fusión se dan por este mecanismo espontáneo. Es más fácil que las

fusiones se den por mecanismos externos, más parecidos a las pirámides que a la red. Si analizamos que hay dos Estados en la Salud de Rosario, difícilmente lograría fundirse en uno articulándose desde abajo. La posibilidad de la fusión es de decisión generalmente supraestructural. Y muchas veces aparece como amenazante. Una de las bases de la lógica de redes es la autonomía, en consecuencia es muy claro que esta construcción es voluntaria. Cuando las instituciones quieren empezar a generar redes, en vez de reducir autonomía, la aumentan. Aumenta la autonomía como el comienzo del desencadenamiento de redes. Por ejemplo, las personas que tienen un comportamiento burocrático, que sienten que no controlan sus propios servicios, no están predispuestas a trabajar en red porque tienen la sensación de que nada pueden decidir. Para poder entrar en red uno tiene que tener la sensación de que hay cosas que puede decidir, que puede colaborar, es decir tiene que tener autonomía.

Podríamos decir que para muchos de estos mecanismos de construcción en los cuales nos involucramos, el principal enemigo es la burocracia, que crea compartimentos estancos. No la burocracia en el sentido tradicional, sino en el sentido peyorativo con que lo usamos, en la medida que las personas están *compartimentalizadas* se impide la posibilidad de entrar en red. Analicen ustedes todo lo que hemos capturado como “*inter*” en nuestro vocabulario de Salud Pública, como interinstitucionalidad, interdisciplina, intersectorialidad y traten de ver cuál es el principal obstáculo para la construcción de eso y van a ver que es burocracia. Pero no es burocracia en el sentido que haya un burócrata, es el comportamiento burocrático incorporado en nosotros en términos de tipo de contrato de trabajo que nos impide articularnos con los otros y optimizar el espacio que nos toca. Tenemos que generar un cambio de actitud y un cambio de cultura, que al mismo premie que la gente se vincule. Y no que lo sancione.

Quiero terminar esta parte inicial señalando que estos cinco niveles - reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación - de alguna forma se constituyen en una matriz para la organización de este curso en términos de sus elementos más dinámicos. Cada uno de estos niveles va a marcar el tono del ejercicio del encuentro. Cada encuentro va a tener un eje: este primer encuentro va a tener por eje el reconocimiento de que el otro existe. El próximo encuentro vamos a tratar de profundizar quiénes somos y en el siguiente sobre cómo estamos colaborando o cómo podemos colaborar, cómo podemos co-operar y qué formas de asociación son posibles. Por eso quise posponer la presentación del programa hasta

después de haberlos introducido brevemente en la temática. Podemos abrir un espacio para preguntas o aportes.

👋☹️ *Me surge una pregunta: ¿No hay posibilidad de manipulación de las personas a través del supuesto reconocimiento?. Supongamos una organización de caridad con respecto al reconocimiento de los pobres, “los pobres son necesitados...hay que darles”, pero no les damos categoría de iguales. En el caso de los políticos, donde el otro es un votante, lo pueden tratar por el nombre, abrazarlo, darle diez pesos. Pero muchas veces se encubren intentos de manipulación.*

Comentario:

En todos los vínculos hay casos análogos, esto puede ocurrir tanto en vínculos institucionales como personales o familiares. En todos esos espacios hay manipulación posible, pero también hay experiencias auténticas. Dado que se habló del tema de lo político quisiera comentar que una de las cosas interesantes es que se está utilizando muchísimo la idea de redes para toda una línea nueva de trabajo, que se hace a partir de los llamados “*nuevos movimientos sociales*” y en los que se está explorando toda una base nueva para sustentar formas de hacer política. Y no son formas de los partidos políticos sino cómo revitalizar y darle mayor autenticidad a todos los procesos de participación y delegación que están implícitos en la conformación o construcción de una democracia. La lógica de “Redes” aparece aquí como un elemento central en estas reflexiones que intentan revisar la forma de hacer política. Me parece bastante claro que vaciar de contenido esto, actuar de, hacer *como si*, es algo que se cae porque las personas se dan cuenta. Uno siente hasta en niveles no conscientes la validez de ese trato o vínculo.

👋 *Habría otra cuestión que estoy pensando en esta relación entre lo macro y lo micro. Cuando comparaste con la pirámide y con la sociedad segmentada, mencionaste la red como una posibilidad de sobreponerla sobre esa fragmentación. También hablaste de caos, pero también el caos trae una suerte de organización. ¿Esa organización puede ser interpretada como una red o como un micronodo de una estructura de red?*

Comentario:

Los clásicos analistas del poder decían que no hay espacios vacíos; que los espacios inmediatamente tienden a ser llenados. Evidentemente la

falta de una organización global genera un espectáculo de desorganización que rápidamente se redefine sobre la base de otros modelos. Sin embargo, esos modelos también pueden ser autoritarios. El hecho de que emerjan organizaciones desde la sociedad civil, gremios, partidos políticos u organizaciones vecinales, no necesariamente impide que estas organizaciones a su vez adquieran rápidamente un carácter piramidal, escamoteando las posibilidades de participación interna. De tal forma que no daríamos un cheque en blanco sobre la idea de que toda organización, por el hecho de ser de base, tendrá una estructura democrática, pero evidentemente tendría mejores posibilidades que las grandes burocracias que tienen toda una historia, que son más difíciles de desestructurar.

 *¿Cómo se daría la tensión entre la estructura piramidal que tenemos en todas las instituciones, con los que quieren generar una red? ¿Qué situación se produciría entre las burocracias y el intento de los microespacios de establecer una red?*

Comentario:

Va a ser vital dentro de los contenidos de este curso discutir ese punto. Para esto tenemos una especie de aliado involuntario que es el avance o desarrollo que ha tenido en los últimos años el pensamiento administrativo. Desde muchas de las nuevas escuelas (coaching, grupos autodirigidos, organizaciones abiertas al aprendizaje, etc.) se cuestionan los principios de los clásicos de la administración y sus prescripciones organizativas.

Las formas administrativas que conocemos tienen un origen antiguo, una especie de apropiación por parte de las escuelas administrativas del pensamiento de la organización del ejército prusiano y del pensamiento burocrático, la suma de estos artefactos da origen a esta fuerte imagen de institucionalidad como pirámide. Pero si se analizan las últimas escuelas de la administración, aparece una especie de paradoja, de contraprincipio respecto a Fayol, éste sostenía que la autoridad es el cemento de la organización, mientras que hoy muchas escuelas de la organización plantean que la unidad de mando no es imprescindible para la producción.

 *¿Sería compatible con las ideas de Mintzberg?*

Comentario:

Es compatible con Mintzberg, es compatible con Hicks, en cuanto habla de grupos autodirigidos, es compatible con las propuestas de Albrecht sobre gestión de calidad centrada en el usuario, sobre el modelo de “empowerment” en las relaciones de trabajo. Desde muchos ejes está apareciendo que, sobre todo en servicios o en organizaciones *talento-intensivas*, la unidad de *mando* no es garantía, sino a veces el obstáculo para poder sacar lo mejor de la gente.

👉 *Me parece interesante la idea de trabajar en esta forma. La pregunta es ¿cómo en una institución que funciona en red se resuelven los problemas de competencia o de responsabilidades?, es decir, faltando la idea de autoridad que determine las responsabilidades o la competencia de alguien en cada caso, ¿cómo se resuelve el problema en el sector público?*

Comentario:

Primero digamos que el modelo actual no lo resuelve, esto es extremo en el caso de los Estados Unidos donde cuando uno se atiende por una patología compleja puede pasar por las manos de 14 especialistas y cuando se pregunta quién es el médico tratante, no lo hay. Hoy existe un grave problema de responsabilidad en ese sentido, en definir quién es el responsable por todo ese proceso completo.

Un modelo de redes *no es incompatible con responsabilizar*, con gente que *se hace cargo*. Es más liviano para mí hacerme cargo en una red solidaria y al mismo tiempo es posible que cada paciente sienta que tiene alguien que se hace cargo. A su vez ese alguien tiene tantas redes de co-operación que le permiten que la persona circule y saque lo mejor que los servicios pueden dar sin perder una especie de interlocutor privilegiado al cual le hace la transferencia primaria de confianza.

En sentido estricto las redes no solamente no son incompatibles con médicos de cabecera o responsables, sino incluso lo facilitan más (sino que incluso facilitan más su tarea) que el modelo burocrático administrativo donde el tema es que *“el paciente en el momento que entró a mi servicio por interconsulta es mi responsabilidad, en el momento que salió de aquí ya no es mi problema”*. Los pacientes sienten mas bien que el modelo actual está desligado en términos de responsabilidad, es una sensación general, pero podría suceder que en un hospital específico no sea así.

La idea no es que somos todos igualmente responsables, al contrario, fortalecer la identidad. Esto tiene mucho que ver con el debate entre individuo y sujeto. Paradojalmente el sujeto no es individuo, es desindividua-

lizado, porque se construye como sujeto en red. El sujeto que no tiene miedo de perder su identidad articulándose es el apto para articularse en redes.

Podemos citar el caso de la presión en los grupos. En la mayor parte de los servicios públicos de Salud, bajo el mismo régimen horario, los tiempos totales que se quedan los profesionales en un servicio divergen. Cuando uno quiere saber qué es lo que decide una cosa y la otra, son las redes, es la influencia recíproca que se genera en un pacto no escrito, pacto que determina cuánto un grupo tolera que uno se vaya antes de horario. Hay grupos en los que es muy fácil irse y otros donde uno siente que deja un brazo cada vez que se va. El horario lo marca mucho más la cultura del grupo que el reglamento que dice: "hora de entrada - hora de salida:". Estos casos muestran que circula mucho poder por los grupos y por las redes, es mucho más fácil defenderse del poder de arriba que del poder indirecto que ejerce un grupo sobre uno cuando no cumplimos con sus expectativas.

👉 *¿Podrías aclarar algo más sobre la diferencia entre individuo y sujeto?*

Comentario:

Toda la teoría liberal se basa en la teoría del individuo. Hace poco Margareth Thatcher llegó a decir *"no hay sociedad, nunca he visto una sociedad, yo sólo conozco individuos"*. A pesar del uso de la palabra libertad hay diferencias entre ser liberal y ser libertario, son dos cosas marcadamente distintas a pesar que utilicen la misma lógica. Para el pensamiento liberal *"no hay sociedades, sólo hay individuos"*. No puede imaginar al individuo más que como unidad desligada.

En la construcción del sujeto sabemos cuánto le debemos a la sociedad ser lo que somos. Uno podría especular sobre quiénes seríamos de no ser que estamos en esta sociedad, con estas condiciones. Como sujetos nos constituimos con los otros, en cierta manera en una forma de desindividuación. Los grupos primarios y secundarios, la universidad, el trabajo, la sociedad toda, la que nos ha ido constituyendo como sujetos.

👉 *¿Cómo conviene comenzar a organizar las redes? ¿es mejor desde las bases?*

Comentario:

Desde lo estratégico, tratamos de salirnos del dilema sobre si generar cosas de abajo para arriba o de arriba para abajo. Los procesos se generan *desde donde se puede*. Por lo que también a veces se generan desde el medio, desde afuera, etc.. Probablemente si dijéramos “de abajo para arriba”, el abajo-abajo nos quedaría muy lejos y si dijéramos de arriba para abajo, el arriba-arriba también nos quedaría muy lejos, quedándonos como en un sándwich. En cualquiera de los dos casos tendríamos que esperar y esta propuesta sugiere que no tenemos tanto tiempo para esperar.

Por un lado hay señales bien claras y algunas políticas explicitadas evidencian que hay continente político para un proceso de esa naturaleza. Pero, al mismo tiempo, no se lo puede ordenar, no se puede sacar un decreto mañana que diga que la gente se vincule en redes, que se reconozca recíprocamente, son procesos más sociales e institucionales. En todo caso, si hacemos la tarea no estamos contra un mandato político; lo que ocurre es que ni se puede imponer, ni tampoco hay tanto conocimiento como para que un técnico se ponga a dibujar las redes en otro lado y después distribuir a cada uno en un lugar. La idea es ir armando estas redes y al mismo tiempo construirlas uno, incluirse. Qué aporte y qué me aporta, qué reciprocidad se genera. La mejor lógica de esto es el clásico acuerdo ganador-ganador, en el cual las dos partes ganen porque hacen algo que individualmente no podrían hacer. Esto es un arte, que vamos a tratar de generar en este espacio, no porque acá se agote sino porque aquí lo vamos a ensayar con un continente docente.

 *¿No se pierde identidad con la constitución de las redes? ¿no corremos el riesgo de que nos aplaste la historia en un mundo que adoptó el liberalismo o el individualismo?*

Comentario: En realidad, hoy los está aplastando la historia a los que proponen lo contrario. Por lo menos si nos atenemos a los últimos resultados electorales en Europa. Creo que la propuesta liberal fue llevada al extremo. Pero la pregunta tiene dos partes. En primer lugar, la asociación no licúa la identidad; cuando las partes entran en una asociación - federación, grupo, etc. - se articulan ciertos comportamientos y ciertos recursos, pero no se pierde identidad; no una fusión. Uno se asocia establemente y comparte ciertos recursos, a veces porque son muy escasos.

Por ejemplo, en un momento puede ocurrir que una tecnología nueva se incorpore a la red y, a pesar de instalarse en un hospital, se llega al

acuerdo de que no le pertenece sólo a ese efector sino a una asociación de todas las unidades que lo pueden utilizar. Esto pasa por no generar pirámides, sino vínculos en redes. Puede pasar lo mismo con otros elementos críticos, como ambulancias para cuidados intensivos, recursos que pueden ser muy caros, escasos y que pueden optimizarse. A eso llamamos asociación, no a perder identidad.

La segunda parte de la pregunta es más complicada, es la dimensión política de las formas de organización y desorganización. Creo que es como una especie de frontera móvil, entre autoritarismo, democracia, democracia participativa y democracia delegativa o representativa, todo eso está en tensión, pero en buena parte también depende de lo que la gente haga. Para construir un vínculo democrático hacen falta dos, para construir un vínculo autoritario también hacen falta dos.

Trabajo en grupos en base a la lectura de el artículo “La Sociedad Fragmentada”

Se comienza con un ejercicio que tiene por objetivo lograr la sensibilización de los participantes hacia este primer nivel en la construcción de redes. Para ello se distribuye el texto “La sociedad fragmentada” del Dr. Alberto Binder⁷. La intención es trabajar en la lógica de redes, es decir organización de grupos con una máxima heterogeneidad, es decir juntarse con otra gente que no trabaja en el mismo lugar.

Se sugieren dos actividades, una es la presentación de cada participante, para el conocimiento mutuo; la otra es una lectura grupal del texto, haciendo comentarios a tiempo real, es decir a medida que se va leyendo. Luego, en plenario se harán los comentarios sobre el texto. Cada grupo elige a un miembro que va a operar como relator, quien toma nota de los comentarios que se van generando. Lo que se pone en común son las impresiones que les causa, no lo que dice el texto. Se trabaja durante 45 minutos; luego se realiza la plenaria.

(Se da espacio para la lectura del documento y posteriormente se produce la presentación de cada grupo y el plenario, donde se abre la discusión)
(Se presentan algunas de las reflexiones surgidas de los diversos grupos)

- *Hubo una discusión realmente rica. Tenemos la conciencia de que esto es apenas el comienzo de una discusión, quedan más cuestiones abiertas que cerradas.*
- *Coincidimos con este diagnóstico de fragmentación*
- *¿Cómo se van a vincular esos grupos cuando cada fragmento ve al otro como un adversario y como una amenaza, no como integrante de un conjunto mayor?.*
- *Coincidimos en que esto no es inocente, en que esto es aprovechado por otros grupos -que uno podría definir como minorías- y que pujan por el poder usando un viejo mecanismo: el “divide y reinarás”. Dentro de los mecanismos que van operando, hablamos de la naturalización, entendida como la vivencia que tiene cada grupo de que él es el normal, los demás son vividos como una anomalía. Cada grupo a su vez no asume las responsabilidades que tiene frente a la totalidad de la sociedad y en cambio vive a los otros como amenazantes.*

⁷ Véase apéndice

- *Pudimos rescatar algunas cuestiones que hemos vivido los argentinos, por ejemplo la idea de que todos fuimos responsables frente a hechos de la última dictadura. Esto no permite identificar las grandes responsabilidades.*
- *Nos pareció interesante que este pequeño ejercicio lleva a juntar personas que ocupamos lugares diferentes, que tenemos historias diferentes y que pensamos diferente, a compartir estas diferencias como primer paso y después buscar puntos en común y aceptarnos mutuamente.*
- *En algunos casos creemos que las minorías se cierran en la defensa de sus intereses individuales, pero estamos descubriendo que distintos grupos minoritarios están encontrando intereses comunes que los llevan a defenderse mutuamente, por ejemplo los maestros han atraído el interés de otros grupos que no estaban relacionados directamente con el gremio docente, pero que sin embargo los están apoyando en sus reivindicaciones.*
- *Creemos que la fragmentación que se da en la sociedad se refleja también en nuestro sistema de Salud y se ve en los diferentes niveles y efectores de la Salud Pública. En Atención Primaria, en los hospitales, en la Secretaría e incluso en cada una de las instituciones. En las instituciones hay diferentes intereses entre médicos, enfermeros, distintas especialidades, etc. ,reflejo de lo que se ve en la sociedad.*
- *No será posible, a pesar del discurso oficial, hacer olvidar la historia de un pueblo, y las utopías van a existir siempre.*
- *Las minorías, tal como nos las muestran desde el poder, no existen; en realidad lo que existen son las mayorías fragmentadas en minorías. Y la fragmentación es una estrategia de poder para desarticular la capacidad de gestión de estos sectores. Al lado de esta fragmentación, hay una cantidad de problemas sociales que tienen una representación en el nivel de lo singular, pero que están determinados desde niveles más generales. Es por eso que las respuestas frente a estos problemas son lamentablemente singulares, individuales. Cada uno reclama individualmente por su problema. A partir de la sensación de muchos de nosotros como trabajadores del sector Salud de un abandono, de soledad, en nuestros lugares de trabajo, empezamos a percibir la fragmentación al interior de nuestras instituciones.*
- *Todos estos elementos que el artículo describe para la sociedad en general, son aplicables a nuestras organizaciones. Uno de ellos era la competitividad hacia el interior de las organizaciones y de nuestras*

- organizaciones con organizaciones privadas. Muchas veces las estrategias del poder de estas organizaciones es conformar minorías dentro de cada organización; tomamos el ejemplo de muchos directores o jefes de servicio que anulan o fragmentan al personal por turnos, o los rotan. Estas medidas muchas veces son tomadas como una forma de sanción a algún personal de Salud que quiere instituir un cambio en la organización y son a su vez formas para fragmentarnos.*
- *La integración no pasa por la mera formulación teórica sino que es una construcción donde los sujetos, los trabajadores, tienen un rol central.*
 - *Nos hemos sentido muy bien. Rescatamos poder reflexionar cómo también somos actores de estos procesos y cómo reproducimos estas lógicas de fragmentación. Trabajar desde nuestra práctica cotidiana reconociendo estos aspectos que nos llevan a separar, y a la dificultad de encontrar trabajos que acerquen las fronteras, que permitan encontrarnos en las fronteras donde también operan muchos miedos. Porque las lógicas que vamos construyendo también son las que nos dan cierta seguridad. A veces ante el cambio nos aferramos aún más a lo anterior y se dificulta el acuerdo y el compartir.*
 - *La estrategia que debemos plantear a partir de la fragmentación pasaría por nuevas alianzas, con objetivos transgrupales.*
 - *Hablar de desaparición de clases sería intentar homogeneizar y en realidad no existe tal homogeneidad.*
 - *Por el otro lado, contraponer mayoría con minoría sería incluir un concepto de cantidad y este concepto se anula si uno lo triangula con el poder. Uno estaría rompiendo esta diádica minoría-mayoría para pensar en cuál es la cuota de poder que tiene los diferentes grupos y cómo se estructura esta microfísica del poder dentro de las redes sociales o estructura social, que tanto puede ser una clase como fragmentos dentro de las distintas clases.*
 - *La idea de un modelo totalizante, de la modernidad, hoy no nos sirve. Los modelos de fragmentación, tampoco.*
 - *Nosotros, en relación en el Sistema de Salud, somos reproductores de esta lógica de fragmentación: la idea de que “los problemas de cada sector se resuelven con la gente de ese sector”, como que el problema de los hospitales es sólo de la gente que trabaja en ellos y punto.*
 - *En el hospital de Santos una vez cada tanto hacían un juego, el de cambiar los roles por un día. Hacían un sorteo y cada uno caía donde caía. Para mucha gente era muy loco. Es una posibilidad de cambio de perspectiva.*

- *Perdimos tanto la memoria que no nos acordamos de los discursos milenaristas de Hitler, de Mussolini, y de los nuestros, en la dictadura, que se pensaba que estaba bien una estructura vertical donde las heterogeneidades no existen. Hitler no mató sin un propósito judíos, comunistas, gitanos y todo el que era diferente. Lo hacía porque en ese esquema no funcionaban. Ese pasado brillante, gozoso, que tuvimos alguna vez, no fue tan así y lo que tiene de grave es que nos quita la posibilidad de futuro.*
- *Estamos paralizados. Mientras estamos en busca de ese futuro dorado, grandioso, que algún día va a venir, mientras tanto estamos con la flexibilidad laboral, con el miedo a perder el empleo, con un montón de temas que hacen que uno sea un poco cómplice de lo que hace desde el poder.*

Dr. Rovere:

Primero habría que ver porqué y cómo este texto nos ha generado esta agenda de discusión. Al final del artículo hay una parte propositiva donde el autor habla de una especie de **pedagogía del encuentro**, dando a entender -en cierta forma- que la idea de las redes o la de encontrarse, de articularse, de volver a encontrar canales solidarios, sería literalmente una estrategia contracultural. Si la propuesta cultural dominante es de fragmentarse, el tema de las “redes” aparece naturalmente contra esta lógica.

La categoría **clase social** fue siempre una categoría compleja porque nunca fue “operativa”, por eso surge la idea de actores o fuerzas sociales. Sólo en ocasiones muy excepcionales fuerza social coincide con clase social, aparecían como otros ejes o dinámicas. Me parece que el autor no intenta contraponer estos conceptos, sino simplemente inscribe su relato en un objetivo mayor definido por un concurso que se reunía alrededor de la reflexión sobre “Minorías en América Latina”. Creo que subyace muy fuertemente el tema de la **exclusión**, por la forma taxativa en que define a las minorías: grupos con imposibilidad absoluta de ser actores políticos, de tener oportunidad de estar representados políticamente.

El texto tiene, sin duda, mucho que ver con nuestro tiempo. El carácter anónimo generó muchas suspicacias y algunas identificaciones interesantes. Lo hemos usado con frecuencia y nos ha llamado la atención que en distintos lugares, incluso en distintos países, la gente solía decir “este autor es de acá”. Varios números mas adelante, salió una aclaración en la misma revista, “Nueva Sociedad”, en la que finalmente se

devela el secreto, que en realidad fue por un error: el autor finalmente resultó ser argentino: el doctor **Alberto Binder**⁸. Pero lo extraño es que no se trata de un sociólogo, o un politólogo sino de un abogado penalista experto en el campo de la violencia, nueva vertiente del Derecho - el Derecho visto desde los determinantes sociales de los problemas de violencia -. El ensayo pertenece al comienzo de los '90. Tal vez por eso, incorpora la imagen del milenarismo o lo de cultura de la peste, que es un artefacto planteado bastante inteligentemente sobre segregación. Hay trabajos posteriores sobre la relación violencia y exclusión, que pueden ser interesantes de profundizar.

Aquí participan hoy gente de centros de salud, del CEMA, del Instituto de Rehabilitación y el Sistema de Emergencias, de los hospitales y de la Secretaría de Salud Pública. Una de las ideas, como país básicamente futbolístico, era pensar en un equipo: delanteros, medio campistas, defensores, arqueros, para ver cómo nos vemos en relación al tema de la gente, quién está más cerca de los problemas de la gente, quién opera con población con menor riesgo y quién con población con mayor riesgo, con mayor vulnerabilidad, quién tiene que jugar como director técnico en este equipo. Nos empiezan a aparecer analogías: equipos deportivos, orquestas, elementos o formas organizativas donde se ve bastante claro el hecho de que hay algo que tenemos que producir entre todos. En el caso de la orquesta es bastante claro, la partitura es la que une a los músicos, los músicos hacen cosas distintas y sin embargo la partitura los une. Para ir dando la idea de cómo construimos la red. A lo mejor las normas de atención deberían ser nuestra partitura o los criterios comunes para enfrentar problemas similares.

En inglés se usa la palabra *Networking*, es como “red trabajando”. Una idea de red no como una estructura estática *sino* como una estructura productiva en términos de respuesta a los problemas de salud de la gente.

Representaciones

Para conectar el concepto de redes con perspectivas estratégicas, necesitamos referirnos a la idea de **representaciones**, en cuanto al valor que tienen como intermediaciones con la realidad. Sabemos que no se

⁸ Con este autor, particularmente, tuve oportunidad de ponerme en contacto y contarle el uso del texto; se sorprendió mucho de que se utilizara en lugares alejados de los espacios en que él imaginaba que se leería el artículo. También pude intercambiar algunas cosas con las cuales ha seguido avanzando después de este trabajo (M.R.).

opera directamente sobre la realidad, sino a través de intermediaciones, que son las representaciones. Es como se nos *representa* la realidad, una especie de imagen o “mapa mental”, que uno se hace de esta realidad para intervenir sobre ella. La frase: “el mejor tratamiento es un buen diagnóstico” se refiere a eso, porque si el diagnóstico está equivocado, esta representación nos lleva a acciones equivocadas. El espacio de las representaciones se construye en forma individual y social, subjetiva y culturalmente. Las tres estructuras que planteamos: pirámides, archipiélagos y redes, son tres representaciones, cada representación nos lleva a un lugar distinto.

Aquí se ha discutido sobre clases sociales. Vale la pena ver que en esta categoría hay desde un referente empírico hasta una representación de ese referente, de tal manera que el concepto de clase social también es construido y puede generar mucha discusión, si es un concepto de la modernidad, si está vinculado a la Revolución Industrial, si está vinculado a un “modo de producción”, si se limita a los lugares donde ese proceso de industrialización está dado. Estos debates se han producido, muy particularmente en América Latina, donde algunas categorías son difíciles de operativizar, es decir de ser transformadas en herramientas operativas desde el punto de vista político. Es interesante discutir esto en Bolivia, donde uno trabaja con más del 50% de población rural y se encuentran, -en un país extraordinariamente movilizado, con gran participación,- ejes de movilización diferentes que sin embargo reconocen marcos ideológicos afines.

Entre el espacio del referente empírico y el de las representaciones, habría como una relación en espejo, una imagen especular. Pero no es una imagen exacta, sino que tiene deformaciones. Esta representación tiene una autonomía relativa, a veces construye mundos que se hacen inteligibles a partir de estas representaciones, es decir que generan la posibilidad de comprender cosas que antes no comprendíamos. Otras veces ocultan cosas que no podemos ver.

A partir del concepto anterior, una primera representación es la que tiene el sujeto de sí mismo y de su territorio. Es decir, en términos de re-

presentación y visto desde la lógica de redes, nos interesa el fenómeno que podríamos llamar de **territorialidad**.

Este concepto de territorialidad también supone un aprendizaje. Por ejemplo, los bebés tienen muchas dificultades para ver cuál es su territorio, dónde termina y dónde empieza su ser. No es fácil encontrar cuáles son los límites de uno. Surgen cuestiones como: ¿el límite es la piel o el límite es hasta donde llega la temperatura inmediata de mi piel, distinta a la temperatura ambiente?, ¿yo soy hasta donde llega mi aliento o mi voz?

Después ocurre que si estamos a cargo o conduciendo algo, por ejemplo un automóvil, nuestra silueta se agranda a la silueta de éste, es como un nuevo contorno. Y a los que conducen hospitales parece que también les pasa lo mismo, como a los que conducen programas o servicios o centros. Estas unidades nuevas empiezan a configurarnos a nosotros mismos y a nuestro territorio. Mi cargo, mi función, la institución que tengo a cargo, aparece como un nuevo límite.

Estos aspectos territoriales tienden a reducir las posibilidades reales de coordinación. Porque por un lado ese llenado es útil, es *funcional*, pero cuando el territorio se transforma, nuestra identidad queda como pegada, entonces, uno intenta defender el territorio que le toca en desmedro de cualquier otra consideración.

Los modelos burocráticos, en sentido estricto, son parientes de los modelos de la línea de producción. En la línea de producción el trabajador puede no saber lo que se produce, porque se lo contrata para que intervenga en una parte de la misma y lo que se produce lo tiene sin cuidado, ésta es la división horizontal del trabajo. Muchas veces el modelo burocrático hace lo mismo en sentido vertical. Por ejemplo, un caso extremo es el de la obediencia debida, donde a mí me dieron órdenes y las cumplí, y cuya lógica es: la responsabilidad de conocer o juzgar la validez ó moralidad ó legalidad de esas órdenes, no es mi problema, es de otro nivel. Estos tipos de estructuras y tabicamiento horizontal y vertical fortalecen la territorialidad y, en cierta manera, nos *individualizan* de una forma diferente, en ese constituirnos en sujetos.

Un gran individualizador es el mercado, por eso el liberalismo prefiere utilizar la categoría de individuo y no la de sujeto. La categoría más frac-

cionadora que existe es la de *consumidor*, la idea es que cada consumidor sea individual. Cualquier organización de los consumidores es una amenaza para los productores. Entonces, la tendencia fragmentaria a individualizar, más allá de estas operaciones generales del poder que analiza el texto que discutimos, son intrínsecas incluso al mismo mercado que tiende a organizar a los productores y a desorganizar a los consumidores. Toda intervención en contrario es contracultural con respecto a la formulación del modelo.

Puede ocurrir lo mismo en el modelo burocrático. En él podríamos tener un aparato de individuación hasta llegar al nivel de “cargo”. Tenemos modelos de gestión de personal que enfatizan esto.

Pero existen nuevos modelos de gestión de calidad que han empezado a plantear cosas muy llamativas, como por ejemplo, no ayuda tener **incentivos** para el personal, es decir, estímulos y “*desestímulos*” en función de su productividad individual, eso generalmente destruye los equipos. Es bastante preferible ofrecer estímulos a los equipos. Es cierto y es bueno que los equipos tengan competitividad, en el sentido de que tengan competencia, pero no tiene que ser tan fuerte como para que la rivalidad se instale al interior de los equipos y en consecuencia los fragmente. Para tener una alta competitividad al mismo tiempo hay que tener una alta solidaridad, de tal manera que **solidaridad y competencia** no son conceptos excluyentes, se trata de articular estos dos conceptos.

El tipo de atención que tenemos que brindar hoy tiene que tener calidad y ser comparable. No podemos pretender una red de servicios muy solidaria cuya calidad de atención sea mala. Si es solidaria, la calidad de atención tiene que ser muy buena, tenemos que lograr los dos objetivos y no tenemos que lograr uno a expensas del otro.

En esta perspectiva, volviendo al concepto de representación, la representación de redes tiende a desarticular una concepción más territorial. En cierta manera, podríamos decir - en extremo - que una operación de redes desterritorializa. El individuo es territorial, el sujeto en cierta manera se encuentra cuando desindividualiza, se desterritorializa y se encuentra él mismo como sujeto articulado en redes.

A partir de esto la representación que se va generando, nos lleva a la pregunta de cómo se constituye esta subjetividad. Analizamos entonces cuatro elementos usados también desde la perspectiva estratégica:

- Por una parte, esta subjetividad se construye según la **posición**, cuando usamos la analogía futbolística estamos planteando una lógica posicional. Podemos decir que “cada uno ve la realidad según como está ubicado en ella”. No es lo mismo ver esta red desde los centros de Salud, desde las coordinaciones, desde los hospitales y dentro de ellos desde las guardias, la dirección o los servicios, desde los institutos, desde Secretaría. De esas miradas distintas, no debemos pensar que una sea verdadera y las otras no, sino que se pueden generar distintos discursos que podrían ser simultáneamente verdaderos y aun producir conocimiento por la diferencia como hemos visto en el caso del Shoemaker. Esto constituye un primer factor que es el **factor posición**. Todos tenemos a lo largo de nuestra vida profesional la posibilidad de cambiar de posición, a veces con demasiada frecuencia y en esos casos el factor posición queda mas claro.
- Un segundo factor es el **aparato ideológico**. La discusión que planteamos recién en relación a clase social, podría ejemplificar desde dónde se mira este objeto, desde qué lógica, desde qué representaciones, con qué aparato ideológico, con qué perspectivas. El objeto mismo sobreimprime todas las categorías que hemos sido capaces de generar desde acá. También podemos plantear, desde el aparato ideológico, qué categoría es dominante y cuál es lateral o aun irrelevante; daría origen a un gran debate que sólo se zanjaría en la medida que asumamos que hablamos siempre desde una determinada ideología, desde un referencial de valores que pertenece al sujeto, pero que a la vez no es individual, es cultural, es de grupos, es de redes.
- En tercer lugar, entender que analizamos con una determinada **intencionalidad**. Quiere decir que las representaciones, al mismo tiempo, son funcionales. Cuando hablamos del tema de las pirámides, si tenemos como implícito una idea de ordenar y organizar jerárquicamente las cosas, probablemente esta representación sea funcional con una intencionalidad anterior al mismo análisis. Nosotros ya analizamos con estas perspectivas, por algún motivo levantamos algunas categorías o algunas variables u ocultamos otras.

Si empiezo a trabajar el tema de las redes desde la fragmentación, es evidente que tengo intencionalidad, quiero colocar este problema como problema central para encontrar a través de redes una herramienta contraria a la fragmentación. Puedo usar la idea de fragmentación como una herramienta analítica, pero tuve alguna intencionalidad en utilizarla. En cualquier análisis que haga cualquiera de nosotros va a

jerarquizar o subestimar cosas porque son útiles o no lo son a una construcción. Nuestra cabeza no separa claramente lo que es análisis de lo que es intervención, siempre que analizamos hay un presupuesto de intervención y siempre que intervenimos hay un análisis que lo sostiene.

- Adicionalmente cada uno de nosotros analiza de acuerdo a su propia **experiencia**. La historia institucional ha premiado tradicionalmente los comportamientos tabicados, autónomos. *“Esta propuesta puede tener algunas cosas interesantes, pero tengo miedo que sea un salto al vacío”, “ya varias veces hemos escuchado hablar de”,* estas frases que solemos escuchar, nos muestran que todo se observa desde una historia personal. Acá hay mas de 100 escuchas distintas de lo que estoy diciendo en este momento; en consecuencia hay mas de 100 interpretaciones, algunas sutilmente distintas y otras radicalmente distintas.

Esta experiencia tiene dos aspectos: uno positivo y otro negativo: es un capital o una acumulación que puede usar el sujeto en sus nuevos abordajes y es, al mismo tiempo una carga, que me ata a ciertas maneras de mirar la realidad, a ciertos prejuicios, que puede incluso impedirnos aprender en la medida que nos aferramos demasiado a esa experiencia. En términos generales se tiende a repetir la experiencia; cuando un sujeto es puesto en un escenario nuevo tiende a repetir sus conductas, a actuar sobre lo conocido. Si funciona con eso convalida que su experiencia era correcta. Solamente cuando nuestra experiencia no funciona, en cierta manera nos abrimos al aprendizaje⁹. Es importante discutir este eje porque una experiencia que permite contrastar con una determinada realidad, genera un cambio de representaciones, y esto es en sí aprendizaje.

En definitiva, cuando hablamos de la lógica de conocer al otro, cuando hablamos de la lógica de reconocer que el otro existe, estamos hablando de reconocerlo dentro de su subjetividad. Y su subjetividad se construye, por lo menos, con estos cuatro factores. Cuando estamos en un grupo y en él alguien habla, escuchamos a esta persona y tenemos que saber que habla desde algún lado, que ese “desde algún lado” no se refiere solamente al aspecto posicional sino también al ideológico, a que

⁹ En cierta manera remite al concepto de Bachelard, de que aprendemos “en contra” de lo que antes sabíamos. Y en eso consiste el verdadero aprendizaje

habla desde una determinada experiencia y a que tiene una intencionalidad. Nada de esto significa, sin embargo, que su juicio o su análisis estén invalidados.

De esta forma vemos cómo se va construyendo la subjetividad del sujeto, nuestra subjetividad. Pero cuando los grupos se van articulando y van generando redes, casi como una licencia poética, aparece la “subjetividad de los grupos”, con lo que nos estamos acercando a la lógica de la cultura. Se rearticulan las subjetividades, el conjunto de subjetividades de un grupo configura la propia cultura, que tiene también una fuerte capacidad de volver al sujeto, con lo cual el sujeto es producto de su cultura pero también es productor de cultura. En todos los casos vamos a enfatizar, para salir del determinismo, este carácter doble de producido y productor.

Subjetividad-objetividad

A partir de lo visto hasta ahora, surgen algunos elementos que plantearemos para dejarlos abiertos para la próxima reunión. ¿Cómo trabajar con los elementos de la subjetividad?. Al incorporar los problemas de la subjetividad, estoy planteando nuevos desafíos. Porque hasta ahora la mayor parte de nuestras profesiones se organizan sobre la base de lo que es objetivable, en Medicina nos referimos a los “signos” es decir a lo observable, a lo positivo, confiamos más en los signos que en los síntomas. Tengo que hacer una construcción objetivable, porque el instrumental que tengo me lo pide. Aquí aparece una frase sumamente interesante, que deviene del mismo instrumental que nos han enseñado - y buena parte de ese instrumental lo hemos incorporado como experiencia -. Dice algo así: *si la única herramienta que Ud. tiene es un martillo, todo comenzará a parecerle un clavo*. Dicho con un ejemplo, la sensación que podemos tener es que si nuestra herramienta es *para* diagnóstico patológico, todo empezará a parecernos diferenciales de patológico. Todo lo que significa la subjetividad de la persona que se atiende con nosotros se tiene que quedar afuera porque el martillo no lo permite.

El problema de la subjetividad nos empieza a colocar en una lógica de vínculos que nos interroga sobre cómo articulamos la subjetividad en los vínculos que se dan entre nosotros y los otros. Y para eso surge la idea, en primer lugar, de trabajar lo que es análisis intrasubjetivo, una estrategia que nos dice: decodifiquemos nuestra subjetividad. Cuando uno viaja por el país percibe que la gente tiene distintas tonadas, todo el mundo tiene

tonadas menos uno, esto es el análisis desde uno. En la práctica cuando alguien empieza a analizar “*cuál es mi subjetividad*” descubre que uno también tiene una posición, un aparato ideológico, una intencionalidad y una experiencia, pero como participa de un grupo construye una cultura, cultura que también es subjetiva: la cultura de mi grupo, también es subjetiva, también es posicional, también es ideológica y tiene intencionalidad y experiencia. Es intersubjetiva de mi grupo, en este caso. Si es de un sujeto va a aparecer como subjetividad; si es de grupo va a aparecer como intersubjetividad pero como cultura. Yo puedo utilizar el análisis intersubjetivo para mí y para nosotros (*nos-otros*), en este caso sería para nuestros otros, por eso lo llamamos intrasubjetivo: es de la subjetividad de cada sujeto o de cada grupo. Yo puedo decir: los que trabajamos en los centros de Salud tenemos una perspectiva, nos reconocemos en una posición, compartimos algunos valores, pretendemos algunas cosas y venimos de una historia, hemos construido una cultura.

El segundo eje sería el análisis intersubjetivo. En el primer caso yo me reconocía en ese nosotros, me *des-individualizo*. Lo que nos invita a hacer el análisis intersubjetivo es a ponernos en el lugar del otro.

Consignas para el trabajo en grupos

- Lectura del material individualmente o en grupo.
- Intentar hacer un ejercicio descubriendo a algún otro, reconocerlo. Es decir, en algunos de los frentes que uno tiene, especialmente en el laboral, reconocer otros sectores, cuáles serían los servicios articulables con el nuestro, reconocer a nuestros usuarios.
- A partir de la identificación de algún *otro* relevante en nuestra tarea cotidiana, tratar de ver cuál es nuestra subjetividad, qué posición tenemos frente a ellos, cuáles son los valores que aplicamos, qué pretendemos de ellos, qué historias tenemos con ellos.
- Ponernos en el lugar del otro, tratar de identificar cómo se construye su subjetividad. Estemos atentos a que no funciona ponerse en la posición de ellos con el aparato ideológico nuestro.