

REDES EN SALUD;
UN NUEVO PARADIGMA
PARA EL ABORDAJE DE
LAS ORGANIZACIONES Y LA COMUNIDAD

Mario R. Rovere

INTENDENTE MUNICIPAL
Dr. Hermes Juan Binner
SECRETARIO DE SALUD PUBLICA

Dra. Mónica Fein
SUBSECRETARIO
Dr. Miguel A. Cappiello
Directora Gral. de PROGRAMACIÓN Y COORDINACIÓN
Dra. Beatriz Martinelli

INSTITUTO DE LA SALUD
“Dr. Juan A. Lazarte”
(Secretaría de Salud Pública
Asociación Médica de Rosario &
Universidad Nacional de Rosario)
Director:
Dr. Carlos Bloch

ROVERE, M.(1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad,
Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)

“Redes en Salud”

Dr. Mario Rovere

Docente Instituto “Juan A. Lazarte”

Asesor Secretaría de Salud Pública

Redacción, Revisión, Diagramación y Edición:

Dr. Juan Carlos Paradiso

Diseño de Tapas: Silvia Armentano

Publicado por:

Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Rioja 2051 1° p. ☎ 802200 FAX 802208

salud@rosario.gov.ar

Rosario, República Argentina, diciembre de 1999 (reimpresión)

REDES EN SALUD

Difundimos este libro de Redes en Salud en un momento importante de la historia y desarrollo de la Secretaría de Salud Pública municipal, historia que nos interesa caracterizar brevemente.

Hemos avanzado en las etapas de recuperación edilicia de los hospitales y de adecuación de la tecnología, etapas que - no obstante - continúan. Creemos que los nudos constitutivos de la Secretaría de Salud Pública están consolidados. Con ello hacemos referencia a la Atención Primaria - aquel gran anhelo del año 1990 - a la definición de los perfiles de cada uno de los hospitales, y a la incorporación del nuevo efector que indudablemente va a ser una llave maestra para completar esta transformación: el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias.

En este tiempo transcurrido, se ha hablado de equidad, de calidad, de universalidad, de eficiencia, de eficacia, de satisfacción del usuario. Estas aspiraciones siempre han estado presentes en el discurso. Pero creíamos llegado el momento de ir más allá, de profundizar el planteo y la realización, partiendo de las prácticas cotidianas, de los conflictos de todos los días, de la necesidad de exponerlos sobre la mesa. ¿Cuáles son las visiones de cada uno de los efectores?, ¿Cuál es la visión de la realidad que se tiene acerca de estos conceptos tan caros a nuestros principios y accionar de todos los días?, ¿Cómo partiendo de ellos, podemos construir un nuevo modelo?. Es así que, en 1997 comenzábamos una nueva etapa, al inaugurar el curso de Mario Rovere, con el cual pretendimos abrir un espacio de debate, de aprendizaje y de concertación. En principio se trató de una actividad teórica, pero con ella pensamos provocar un impacto en nuestros modelos, en la práctica. Creemos que de esto se trata cuando hablamos de un proceso de gestión participativa: de apropiarnos de lo nuevo, lo cual no es fácil. Entonces expresábamos que hubiera sido más fácil y cómodo quedarse con lo conquistado, con lo realizado, sin reformular el presente, sin pensar el futuro, y seguir con las líneas transitadas.

Creemos que la semilla que fue plantada entonces, cayó en terreno fértil. Y del balance de aquella actividad, al cual contribuyeron los propios participantes, nació la idea de plasmar su rico recorrido en este libro, del cual el curso forma la parte medular.

El objetivo de nuestras acciones es el logro de la equidad en salud, para hacer realidad la existencia de *una sola ciudad*, con igualdad de oportunidades para todos sus habitantes. Es oportuno, entonces, retomar algunos de los conceptos con los cuales hemos trabajado en estas instancias. Reflexionando junto a Mario Rovere, seguimos hablando de equidad, pero sin olvidar que *“la equidad debe existir en la Atención de la Salud, en la atención médica, en la distribución del poder y del saber y en la distribución del riesgo”*. Debemos profundizar la participación de la comunidad – en este sentido existen proyectos en ejecución en Salud Pública – pero queremos pensar también cómo hacemos la participación hacia el interior de la propia Secretaría de Salud Pública, como nos constituimos en una red *en y para* la salud de la comunidad, a través del fortalecimiento de los lazos entre nuestros efectores y equipos interdisciplinarios.

También pudimos reflexionar acerca de dónde está *“el centro”* lo cual nos pareció graficado en una pregunta: ¿dónde ponemos la punta del compás cuando diseñamos sobre un mapa un programa o un proyecto de atención?. Ya habíamos pasado de relocalizar este eje desde el hospital al centro de salud. A partir de esta actividad pareció que debíamos efectuar un nuevo giro copernicano. Mario, con claridad, puntualiza *“ni en el hospital, ni en el centro de salud, la punta del compás está en la población”*, y desde la población vamos a ver cómo articulamos cada uno de los distintos niveles, cómo concretamos realmente la equidad, cómo somos eficientes y eficaces, cómo hacemos posible la universalidad en el acceso a la salud.

En definitiva, creemos que estos son los debates que tenemos profundizar a partir de hoy. Para muchos, esto es algo que ya forma parte del vocabulario y las prácticas cotidianas; para otros es comenzar una experiencia nueva. Esto implica dificultades. Lo que pretendemos es que se democraticen los vínculos al interior de la Secretaría de Salud Pública. Aceptar el desafío de la construcción de un nuevo modelo en la ciudad de Rosario. Modelo que, por cierto, está en marcha y que es mirado desde muchos lugares, no sólo desde otras ciudades y otras provincias sino también de los organismos internacionales como OPS y la Organización Mundial de la Salud. Porque si aquí hay ruido, es el ruido de la construcción: un ruido agradable. En otros lugares asistimos con tristeza a otro ruido, que es el de la destrucción de la Salud Pública. En este

desafío estamos todos comprometidos y embarcados, como dice nuestro documento “Ejes de la gestión”: *“esto es posible si participamos todos y si todos tomamos conciencia de hacia dónde marchamos”*.

Esperamos que este libro signifique un estímulo para el reconocimiento mutuo entre los distintos integrantes de nuestra red de salud, para hacer más eficaces sus acciones y avanzar en la concreción del derecho a la salud para todos los habitantes de nuestra ciudad.

Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Rosario

CONTENIDO

Presentación. Secretaría de Salud Pública (3)	
Prólogo “a dos manos”. Dr. Carlos Bloch, Dr. Juan C. Paradiso (7)	
Introducción. Dr. Mario Rovere (9)	
1. Atención Primaria de la Salud resignificada en la red de servicios (11)	
2. Hacia la conformación de redes. Curso.	
Presentación de objetivos (25)	
La lógica de redes (27)	
Naturaleza de los vínculos (34)	
Niveles en la construcción de redes (35)	
3. Reconocimiento del “otro”	
Trabajo en grupos (45)	
Representaciones (49)	
Subjetividad-Objetividad (53)	
Consignas para el trabajo en grupo (54)	
4. Conocimiento del “otro” (55)	
Trabajo en grupos (57)	
5. Colaboración (65)	
Trabajo en grupos (83)	
6. Salud en movimiento (89)	
7. Cooperación (95)	
Trabajo en grupos. Acuerdos (110)	
8. Asociación. Redes en movimiento. programación en red (117)	
9. Epílogo (152)	
Bibliografía (153)	
Anexos (155)	
La Sociedad Fragmentada. Dr. Alberto Binder (157)	
Ejercicio. Mesa de Acuerdos (169)	

Prólogo a dos manos

Este libro es producto de la conjugación de acción y reflexión. *Acción* en cuanto es el reflejo de la actividad que Mario Rovere desarrolló con un grupo numeroso de profesionales y técnicos, pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, tanto del nivel central como de hospitales y centros de salud. *Reflexión*, en cuanto también recoge las propias intervenciones de los participantes del seminario, pero además porque a partir del material registrado, se ha efectuado una tarea de reelaboración sobre el proceso de aprendizaje grupal. En otras palabras, no se trata de un registro *Verbatim* al estilo de las “actas”, sino que a partir de esos registros el material se ha analizado, seleccionado, reelaborado, volviendo a una nueva síntesis y reflexión, con el propósito de extender su aplicabilidad y vigencia, esto es, proyectarlo espacio-temporalmente más allá de los límites del seminario original.

Es una teoría basada en la práctica - muchos diríamos *praxis*, por el proceso seguido - y no hemos querido que perdiera esa frescura de la explicación personal, coloquial, de los aportes oportunos, pero fundamentalmente de la aplicabilidad en diversos contextos, aunque especialmente referido a instituciones de salud. Es por eso que mantiene el formato de un seminario, con diversos ejercicios vivenciales, en donde a las explicaciones teóricas sumamente claras y gráficas, les siguen ejercicios grupales que permiten recorrer las diversas fases de la constitución de redes.

La rica experiencia acumulada por el autor en sus años de trabajo en distintos países de América Latina como consultor de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud contribuyó fuertemente a replantear desde otra perspectiva algunas de las concepciones desarrolladas en su libre Planificación Estratégica de los Recursos Humanos en Salud. Su pasión por la docencia, que desarrolla en diferentes ámbitos, le posibilita interactuar con profesionales de salud con diversas experiencias de trabajo y de esa forma tomar contacto con la realidad de su país y los graves problemas sociales que aqueja a la mayoría de los argentinos.

Repensar la Problemática Sanitaria superando la simplicidad de la visión tecnocrática obliga a convertir el problema de la deuda Sanitaria en una cuestión social y colocar el centro de la preocupación en la construcción de un nuevo sujeto social. Éste es el desafío con el que se compromete Rovere cuando dedica sus mejores esfuerzos a resignificar el concepto de Redes *en y para* la Salud.

La actividad desplegada estos últimos años como docente del “Instituto de la Salud Juan Lazarte” y como Asesor de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, le ha valido como campo de reflexión y al mismo tiempo permitió la posibilidad de disponer de espacios para la discusión de sus aportes en la construcción de un nuevo abordaje de los procesos de trabajo orientados a la producción de salud.

Vertientes teóricas de diversas disciplinas (psicología social, antropología, comunicación social, planificación y gestión estratégica) fueron insumos inestimables para la elaboración del marco teórico – metodológico de una Red de Salud en un tiempo histórico y un espacio Social definido.

Esta publicación ayudará al lector comprender cómo Rovere y los participantes del seminario en un intento de construcción colectiva fueron avanzando en forma progresiva desde los conceptos básicos de Red - vínculo, legitimidad, descubrimiento del otro, articulación de heterogeneidades que contempla primero reconocer, conocer, colaborar, cooperar para finalmente asociarse - luego visualizar las Redes en movimiento y la gestión de las mismas, hasta la evaluación orientada al sostenimiento y fortalecimiento de la Red.

A través de sus páginas, el lector podrá ir recorriendo metódicamente una lógica que desafía no solamente aquella del individualismo y la fragmentación, o de la *sincronía* que aparece impuesta y naturalizada a través de poderosos mecanismos que *juegan* más allá de nuestro control; también desafía las respuestas tradicionales que intentaron enfrentar a lo instituido con un discurso contestatario pero que, en definitiva, partía de la homogeneización y disciplinamiento social bajo otro signo. No es poca cosa prometer que ésta es una manera posible de *hacer algo* en esta situación de aparente desánimo que cunde en la sociedad posmoderna.

Pensamos como Denise Najmanovich que “*en el universo en Red, la certeza es menos importante que la creatividad y la predicción menos que la comprensión. El punto de partida no es ya nuestra extrañeza en el mundo, sino un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un diálogo emocionado en una interacción que no niegue el conflicto sino que reconozca la diferencia como la única vía hacia la evolución*”. Y compartimos con Mario la idea que lograr la

transformación del modelo de Atención Médica vigente en un nuevo modelo de gestión participativa preocupado por la salud de la gente no depende únicamente de la voluntad política. Requiere del impulso y el protagonismo de los trabajadores de la salud, quienes pueden convertirse en el principal motor del cambio cuya eficacia depende en buena medida de su articulación con los intereses de la comunidad.

Dr. Juan Carlos Paradiso
Editor
Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Rosario

Dr. Carlos Bloch
Director
“Instituto de la Salud
Dr. Juan A. Lazarte”

INTRODUCCIÓN

Dr. Mario Rovere

No resulta una tarea sencilla introducir y colocar a consideración del lector, este material que recopila un conjunto de “cosas dichas” -tal como Pierre Bordieu titula a uno de sus libros- y que nos remite a intensas vivencias en el ejercicio del diálogo, del encuentro, del reconocimiento, del pensar y del construir juntos.

Estas son las notas, las desgrabaciones, los ecos de un curso-taller, en donde participaron más de 120 personas, provenientes de las más diversas tareas y posiciones que uno pueda imaginar, en una Secretaría de Salud Pública que cuenta con múltiples espacios de trabajo, distribuidos en toda la ciudad, con hospitales complejos y medianos, centros de salud, diversos programas y un plantel de más de 3.800 trabajadores entre profesionales, técnicos, auxiliares, administrativos y personal de apoyo.

El trabajo comenzó a comienzos de 1997, cuando desde las primeras conversaciones con un grupo de funcionarios comenzamos a resignificar un concepto que circulaba libremente en la jerga sanitaria como el de *red de servicios* y discutíamos de qué forma Salud se adecuaba y al mismo tiempo impulsaba otros proyectos que la involucraban como la descentralización de la ciudad o el programa *Vecinos participando*.

Un conjunto de reuniones nos fue dando el tono de lo que queríamos construir y ayudó a tomar algunas decisiones. Queríamos llegar hasta el núcleo duro de la cultura organizacional, sin tener la posibilidad concreta de conversar con todos aquellos que se desempeñaban en la red y necesitábamos realizar una actividad cualitativamente significativa y con posibilidades de extenderse más allá de las personas convocadas.

De allí surgió la idea de organizar un curso por encuentros (de un “Rosario de eventos” tal como resonó en nuestras conversaciones), de establecer cuotas por entidad, por tipo de trabajo y por redes o subredes, de utilizar formas de agrupación diferentes (grupos espontáneos, agrupamiento por redes interinstitucionales, etc.).

Algunos de los “problemas” que detectábamos antes de la realización del curso y que en cierta manera le daban origen, nos ayudan a decodificar las expectativas.

“Baja pertenencia de red del personal de salud”, “Falta de perspectiva del usuario en la construcción de la red”, “Ausencia de espacios intermedios de articulación y negociación”, etc.

El libro incluye la conferencia “La Red de Servicios” que formó parte del 6to Congreso de Salud en el Municipio de Rosario. La conferencia forma parte del mismo proceso, ya que por un lado recoge las preocupaciones del grupo de trabajo y por otro marca el momento de maduración que definió la realización del curso. En este material se revisa la estrategia de Atención Primaria de la Salud desde las dificultades del presente, rescatando los ejes que mantienen su poder transformador y evaluando críticamente todos aquellos elementos que operaron como una cierta fuga idealista, mas apta para la construcción de discurso sanitario que para guiar la práctica cotidiana.

Ha pasado casi un año y el entorno de red no se debilita sino que se fortalece, nuevas nociones van circulando, generando la impresión de una verdadera “confluencia epistemológica” entre diferentes ciencias, diferentes disciplinas, convidando a construir interdisciplinariedad allí donde la complejidad de los problemas lo exigen y haciendo de las políticas de salud un verdadero intertexto, generado desde las reflexiones y las prácticas de diferentes equipos.

En la cultura de la Secretaría de Salud Pública - que empieza a reconfigurarse pensándose a sí misma como una red de redes - y en cada uno de los efectores se recuperan, resignificadas, nociones, ideas y acciones concretas que muestran otra forma de autopercebirse y percibir la arquitectura y el entorno organizacional.

No resulta posible conocer de antemano la utilidad de publicar estas notas, sólo podemos constatar que el ejercicio de desgrabación y difusión del material a los participantes generó en muchos de ellos la sensación de “vivirlo dos veces” y la posibilidad de difundir lo que allí se discutía con otras personas del mismo ámbito institucional. A ello contribuyó el trabajo efectuado por el Dr. Juan Carlos Paradiso, quien además de haber efectuado la transposición del discurso hablado al texto escrito, estuvo a cargo del trabajo de revisión final,

diagramación y edición¹. También debo un reconocimiento a Florencia Derlindati, que colaboró en la corrección del texto.

Aceptamos el desafío de editarlo como una forma de lanzar a rodar, no sólo conceptos, sino también diálogos, opiniones no siempre convergentes y desarrollos metodológicos que se generaron en y para este grupo específico y como consecuencia de la interacción; con el fin de compartir con otras personas, igualmente interesadas en sumarse al complejo proyecto colectivo, que supone hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud por parte de toda la población.

¹ Gracias Mario. Como además he conducido estas páginas hasta su última *horneada* soy obvio responsable de lo que pueda resultar *chamusqueado* por un fuego muy intenso

ATENCIÓN PRIMARIA RESIGNIFICADA EN LA RED DE SERVICIOS ²

En este capítulo vamos a reflexionar sobre el tema de Atención Primaria y del Primer Nivel de atención en relación a las redes. Abordamos aquí un tema que en algún momento apareció con mucha fuerza, como un concepto muy interesante y estimulante en el campo de la salud. Tenemos la obligación de ubicarnos en el aquí y ahora, para saber cuáles de nuestros conceptos, por los cuales hemos estado trabajando y peleando durante varios años, mantienen y renuevan su vigencia o necesitan ser resignificados. Se trata en parte de todo este juego que hay alrededor de la idea de la historia, que nos dice lo que somos, pero también lo que estamos dejando de ser y que nos reinterroga permanentemente, en tiempos particularmente complejos, difíciles, más difíciles todavía porque algunas dimensiones de las cosas que ocurren, también se nos escapan.

Una primera pregunta a formular sería: ¿cuál es la vigencia hoy del concepto de Atención Primaria?. Como sabemos, APS es una construcción que a partir de fines de los '70 se empieza a dar 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 del sector que el mismo discurso.

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 de “Atención Primaria de la Salud” (APS), nos llevan al contexto de un mundo que parece realmente muy alejado de lo que ocurre hoy en día. En el origen de la conocida declaración de Alma Ata, hay una conjunción de factores múltiples, entre los cuales no hay que dejar de tener 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 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 en realidad era territorio de la URSS, y la presencia de un gobierno Demócrata en los Estados Unidos. Una serie de conjunciones que nos hacen decir, en pocas palabras, que los mismos actores reunidos hoy, no escribirían las mismas cosas. El equilibrio o la correlación de fuerzas que permitieron aquel escrito y 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 un gran problema, porque en definitiva ninguna meta tiene una obligación tan taxativa; la duda más grande era si en realidad íbamos o no en ese sentido, si íbamos hacia “Salud para Todos” y simplemente tardaríamos más, o si caminábamos en sentido inverso.

Lo que se empieza a verificar es que se producen algunas inflexiones, a punto de partida de las *grandes revoluciones conservadoras* de los '80, inauguradas apenas 5 años después de Alma Ata con la asunción de Ronald Reagan y Margaret 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 preexistir, 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 nos empezaron a explicar que la llamada *estrategia de Atención Primaria*, en términos generales no era muy estratégica que digamos. 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*. En ese análisis de actores debería constituirse la

² Conferencia, 6º Congreso “La salud en el municipio de Rosario”, 22 de abril de 1997

pregunta básica para saber si la Salud para todos es tan deseable y tiene un nivel de consenso tan alto, tal vez justamente por su indefinición. En la práctica la pregunta es: ¿si hay tanto consenso, por qué no se va espontáneamente hacia allí?. De alguna manera había que decodificar qué y quiénes se oponían a la consigna “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 el propio sentido económico; aparece como una regla de juego o un “*sistema de exclusión de baja conflictividad*”, es decir que en la práctica la lógica fundamental del mercado es que reduce la conflictividad en la exclusión. Pero en realidad es 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 es un mecanismo de exclusión. En consecuencia se produce una tensión.

En esa tensión queda atrapada la lógica de APS, entre lo que podemos llamar planificación y mercado; es un debate que en realidad era muy anterior al de la APS. Este debate se quiso zanjar con la idea de *planificación y mercado*, como si no fueran excluyentes u opuestos. Esto es un juego de fuerzas considerando que atrás de la planificación había actores concretos y atrás del mercado también.

Bajo esta configuración lo que empieza a aparecer es 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 complejidad-cobertura, el mercado, por sus reglas de juego, siempre va a buscar la complejidad. ¿Porqué?. Entre otras cosas, porque ahí están los factores más rentables, las demandas inelásticas, las demandas insensibles al precio, la facilidad de segmentar; mientras que para nuestra lógica sanitaria más vale prevenir que curar, probablemente para el mercado 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 mercadería.

Configurada desde esta perspectiva, y un poco extremadas estas posiciones, era necesario entender, había que encontrar, qué se oponía a “Salud para Todos”, porque de lo contrario la Atención Primaria no iba a aparecer nunca como una estrategia, sino como una modelización de un deseo. Teníamos que ir encontrando caminos concretos para ir construyendo la idea de Atención Primaria como un juego de valores básicos, que tuvieran 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 había 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 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 pasado, 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 trabajadores acceden a ciertos *standards* 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 del modelo Keynesiano, 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 las 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, ha generado la idea de que el Estado de Bienestar en realidad es un artefacto económico, cuando en sentido estricto es sobre todo un artefacto 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 ello lo crearon: para aumentar la gobernabilidad.

Los países europeos se encuentran en estos momentos en una gran tensión interna, tienden a entender las dinámicas mundiales, pero no a sobrereactuar (ellos dirían *overreaction*) frente al estímulo de los cambios externos. Cambian las cosas pero las estudian más. En consecuencia, hoy en día, paradójicamente en muchos de los países europeos, lo que está apareciendo fuertemente es la 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 alguien cobre eventualmente la violación de estos derechos.

La construcción de los derechos llamados de segunda generación, los derechos sociales, nos plantea un dilema muy fuerte porque en sentido estricto se separan de los clásicos derechos individuales, de la base inicial de los derechos humanos. La primera generación de derechos era 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 decir “yo no cumplo con este derecho porque no tengo dinero”. Al contrario, sería a veces beneficioso porque *no podría comprar gases lacrimógenos*, por ejemplo. 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 más paternalistas 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 debe descolgarse, deducirse, de este movimiento más amplio de los derechos sociales, porque está de pleno incluido. El derecho a la salud no es algo que se defiende, porque para eso tenemos que suponer que ya lo tenemos; en cierta manera es un derecho que se **conquista** con sujetos concretos. Y la gran pregunta por el tema del derecho a la salud es ¿cuál es el sujeto del derecho a la salud? ¿Quién está atrás de ese derecho? Nos gustaría creer que somos nosotros 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 preguntado muy a fondo quién es el sujeto en la defensa del derecho de la salud.

¿Qué hay por detrás del concepto del derecho a la salud? Persiste el concepto de **equidad**, al que algunos pensaron en una forma un poco licuada, como de igualdad o de justicia. 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 hasta el concepto de *discriminación positiva*, darle más al que más necesita.

A partir de esta idea de equidad se me ocurre 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 población. Esta forma de equidad podría ser un poco limitada y sin embargo las últimas constituciones han empezado a abandonar la idea de derecho a la salud, por la idea de derecho a la atención de la salud, que en cierta manera expresa una cierta 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 lógica del derecho: un daño inevitable no configura derecho, mientras que un daño que es evitable pero no se evita, sí, porque hay un derecho que se está rompiendo. Pero como lo evitable tiene que ver con lo técnico y con el conocimiento y la tecnología, al mismo tiempo este concepto de equidad es un objetivo móvil. Para decirlo en una manera gráfica: cada vez que surge una 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 la enfermedad se transforme en daño, en discapacidad o en muerte. Esta idea de lo evitable es sumamente compleja. También es compleja para el derecho: hay situaciones extremas, en las cuales a lo que llamamos mortalidad evitable, para la justicia puede ser considerado homicidio por omisión. Vemos que este concepto es bastante más espeso que el concepto técnico y 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 y otra cosa es cuando estas opciones dependen del interjuego político con actores concretos que defienden el derecho a la salud.
- La otra equidad que queremos 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 la restringimos para incluirla dentro del concepto de derecho a la salud. Hemos incluido dos conceptos que en realidad son totalmente reforzados uno con el otro. Cuando hablamos de participación social (que se incluye dentro de la categoría *poder*) sabemos 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 alguna forma 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 *mis* condiciones de vida, para tomar decisiones sobre *mi* propio cuerpo, sobre *mi* propia vida, sobre *mi* propia muerte, parece que en el modelo tradicional nos ha sido escamoteada. Y cuando la gente pregunta “*quién lo tiene*”, tal vez lo tengamos nosotros como propiedad. Tal vez hemos construido nuestro poder relativo apropiándonos de un determinado saber, saber que de no circular en la sociedad generosa y democráticamente nos hace responsables de los problemas que se produzcan. Nosotros somos profesionales de salud en la medida en que 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 poner al servicio de ella.

Estas tres equidades: en la atención, en la distribución de 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. Derecho a la salud que en los últimos tiempos la asamblea de la OMS, en un movimiento sumamente interesante, en vez de retroceder en la idea de “Salud para Todos”, por lo menos los documentos que son los preparatorios para la declaración

de 1998, todo hace entender que la idea básica de la OMS es redoblar la apuesta e incluso decodificar que cuando decía “Salud para Todos” siempre quiso decir “Derecho a la salud” y que derecho a la salud es una meta permanente, un objetivo permanente al cual la OMS no tiene posibilidades de renunciar. Esto, en sentido estricto, habla incluso de la profundización del compromiso por detrás de la idea de derecho a la salud más que una meta de “marketing” como puede ser la idea de “Salud para todos”.

La pregunta a partir de esto es ¿y cómo?. Nosotros en la lógica de Atención Primaria hemos tenido muchas discusiones estériles: si Atención Primaria era una estrategia, un nivel de atención, si eran programas o si era la puerta de acceso. Hemos gastado mucho tiempo en la discusión de estos elementos y seguramente esta discusión no fue muy fértil. En primer lugar porque nos distrajo en contradicciones secundarias cuando en realidad estábamos bajo amenaza de retroceder. En segundo lugar porque muchos de estos rasgos en vez de ser contrapuestos terminaron siendo complementarios. En tercer lugar porque nos impidió profundizar en estos rasgos sabiendo que no eran firmes o fijos de un modelo sino una construcción. En consecuencia era 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. Parecía que por detrás de la lógica de Atención Primaria había alguna concepción, alguna filosofía, alguna forma de ver las cosas que valía la pena más profundizar por ese lado que adhiriendo a pedazos o fragmentos que en realidad tenían que ser articulados en una construcción, pero que al mismo tiempo era una construcción *situada*, quiere decir que no era imaginable que alguien tomara una especie de modelo general y luego lo aplicara simplemente en los lugares concretos. Definitivamente cómo se hace Atención Primaria de la salud en Rosario es algo que sólo se puede responder en Rosario, no hay forma de contestarlo ni en Buenos Aires ni en Ginebra.

A partir de esto, los llamados clásicamente *componentes* de la Atención Primaria, son componentes que a la vez nosotros podemos tratar de resignificar para saber qué quieren decir hoy. Recordamos que algunos de estos componentes nos hablaban por ejemplo del personal de salud, de cuál es la característica del personal de salud. En la lógica de los modelos el tema personal de salud aparecía como un elemento clave, porque parecía que salíamos de la ciudadela hospitalaria para irnos a la frontera, a los “centros” “periféricos”, (recordando incluso la paradoja de juntar estos dos conceptos). En el centro periférico (que es centro o es periférico) aparecía esta especie de práctica de frontera, casi con una analogía rural. Hacíamos una especie de medicina rural en el medio de la ciudad y esta concepción se extiende incluso a todo el proceso en el cual la misma salud rural, el movimiento de agentes sanitarios que fue muy importante en la historia argentina, aparece metido dentro de la ciudad como forma de respuesta específica. Seguíamos ruralizando a la población urbana reciente, la considerábamos nostálgica del campo y le dábamos respuestas rurales.

Este modelo de atención tuvo muchas dificultades para instalarse, entre otras cosas porque no comprendimos que había que hacer una especie de revolución copernicana. Nosotros no podíamos poner el eje del compás en el hospital y a partir de ahí decir que el centro era periférico y luego la población era más periférica que el centro, sino que si esta revolución copernicana nos volvía a hacer eje en la población, si descubríamos que no era el Sol el que giraba alrededor de la Tierra, entonces el nuevo eje está colocado en la población. Colocado en la población el llamado centro periférico es más central de lo que parece porque el que es periférico 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. Es tan importante, en primer lugar porque todos sabemos que el hospital tiene incluido actividades de centro de salud porque no hay forma de que la demanda se comporte como nos gustaría y en segundo lugar porque tiene una función de referencia, una especie de segunda línea de trinchera donde “ataja” lo que desborda la capacidad resolutoria del primer nivel.

El segundo concepto también tenía que ver con nuestra idea de 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, parecía más que puerta de entrada una aspiradora que capturaba gente para tirarla a otro lado. En algunas ocasiones se transformó en una aspiradora sin bolsa con lo cual aspirábamos gente por un lado y la tirábamos para otro. En tanto nadie analizó que ya sin el primer nivel de atención los hospitales estaban rechazando, con lo cual no había capacidad ociosa en ellos para absorber la demanda adicional que le traía tener los servicios más cerca de

la gente. Definitiva y progresivamente, la Atención Primaria tuvo 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 que ya no nos pone colorados que esté en el primer nivel de atención. Hay muchas tendencias nuevas, incluso en el campo de la tecnología, que empiezan a generar tecnología 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 en la población. En realidad el dilema entre centro de salud y hospital es una falsa contradicción, el centro es la población.

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 empezamos a tener que construir formas nuevas. En la construcción interviene este 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.

Empezar con el análisis del personal de salud, es al mismo tiempo algo que nos obliga a reflexionar sobre la **participación** de la gente. Lo pongo intencionadamente en segundo lugar, no porque sea secundario, sino porque la participación de la gente requiere una pregunta previa: no es tan correcta la pregunta de ¿cómo hacer que la gente participe? sino que en muchos casos la pregunta más adecuada es: ¿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 hace que se coloque 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 nuestros 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 casi *etnocéntrica*; es decir tenemos capacidad de vernos a nosotros mismos, pero los otros aparecen como ajenos, como extranjeros, como indígenas, simplemente como *otros*. Y a veces ni siquiera los reconocemos como otros, sino que tratamos de verlos a través de nuestro propio juego de valores. La idea de que todos los chinos son iguales la generamos desde acá, porque cuando uno está en China no hay ni uno igual a otro. Esta aparente homogeneidad se pierde cuando desaparece el efecto de la distancia y uno está en la cercanía. Así se descubre lo que ahora se llama más técnicamente la heterogeneidad de la pobreza, la heterogeneidad de las demandas, la heterogeneidad de las expectativas de la gente, la heterogeneidad de lo que la gente nos reclama. Lo cual a su vez tiene que ver con nuestra capacidad de dar respuesta también heterogéneas. Porque la rigidez de nuestro sector ha tratado de homogeneizar las respuestas suponiendo que las preguntas eran iguales, cuando en realidad nuestra capacidad de respuesta requiere una enorme flexibilidad. Mucho mayor flexibilidad todavía en el primer nivel de atención, pegado directamente a necesidades heterogéneas de la población.

A partir de estas dos ideas lo que aparece bastante claro es el tercer componente: los **modelos de gestión tienen que ser participativos**. ¿Por qué? De alguna forma hay muchas perspectivas nuevas que nos 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 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 expropian 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 fayolianos o tayloristas de

organización, donde el trabajador de salud es un ladrillo en la pared. La persona espontáneamente va a tender a expropiar el protagonismo de los otros.

En definitiva, estos tres rasgos o perspectivas se deben articular: del personal de salud, de la participación social y de los modelos de gestión.

Un cuarto elemento tiene que ver con el juego de **necesidades y demandas**. Durante mucho tiempo hemos imaginado esta idea de necesidades desde una perspectiva un poco abstracta. Pero en sentido estricto lo que hemos visto es que cada vez las necesidades son más diversas, más divergentes y ha habido distintas propuestas que nos 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 tenemos que empezar a revisarlo donde parece más fácil revisar, donde están más desestructuradas estas relaciones, en consecuencia podemos “mirar” mejor los problemas de la gente.

No siempre la gente que demanda es la que más necesita, no siempre los precios que hemos 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.

Un quinto componente tiene que ver con la **tecnología** (hasta ahora hablamos de la lógica de tecnología apropiada). Cada vez más el complejo médico industrial está mirando al primer nivel de atención. No estoy muy seguro de estar dándoles una muy buena noticia. En la práctica significa que mientras en algún tiempo en Atención Primaria uno tenía que crearse sus propias herramientas de trabajo, todavía recordamos la balanza pilón diseñada por un agente sanitario, en este momento es probable que cada vez más tengamos visitantes médicos y promotores de tecnología en el primer nivel de atención. Esto, en primer lugar, puede dar una cierta sensación de revalorización del primer nivel de atención, pero tenemos 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 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 *standards* 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.

Un sexto componente es la lógica de **cobertura total** y que debemos correlacionar con la lógica de exclusión. 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 focalizados. 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 nuestros servicios haría una especie de filtración hacia arriba.

Aquí hay dos debates que no hay que perder. El primero: Hay que recordar que el sector salud y el sector educación, entre otros, respondían - y tenemos que 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 nuestro país ha sido construir país, 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 nos tiene que hacer perder de vista que es una estrategia posible para nosotros mismos, para el sector salud y el sector educación, por esta misma lógica de equidad, de discriminación positiva, pero

que al mismo tiempo nadie le levanta al sector salud y al sector educación la función de ser integradores, la función de tener una capacidad de inclusión. Si la tendencia general externa de la economía es a excluir, 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.

En este sentido, y para ir concluyendo, quiero 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 mencionamos el concepto de **gobernabilidad**, éste surge de alguna forma de 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 gobernabilidad 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 como una amenaza, porque evidentemente las caídas dramáticas de la gobernabilidad significan dificultades muy serias para la ecuación 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, han empezado a ser preocupaciones predominantemente políticas. Habrán observado ustedes cuántas reuniones de presidentes latinoamericanos terminan hablando del problema de pobreza, del problema de 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 o 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.

Nos queda un desafío enorme que está por detrás de la idea de Atención Primaria. Creo que en el fondo y a través de todos estos espacios, estas nuevas articulaciones y rearticulaciones, decir qué es Atención Primaria de la salud hoy, en 1997, es un renovado desafío. Este renovado desafío es incluso colocar las transformaciones del sector salud en un eje de doble dimensión: por un lado profundizar la democratización del sector salud y por otro lado colocar esa democratización del sector salud en el eje de la democratización de la sociedad.

HACIA LA CONFORMACION 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 comenzó antes de este curso. Me resulta muy grato comentar que hay una preexistencia de un 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 en esta historia previa, al pensar cómo materializar esta actividad, este grupo necesitó ir madurando una propuesta a tal punto de que ella podía ser abierta y compartida, socializada, con los participantes. Seguramente, si las ideas son correctas, si las propuestas son adecuadas y si lo que discutimos acá es pertinente, en primer lugar descubriremos que somos muchos ... y luego descubriremos que somos pocos. Es decir que, tal vez la materia prima que estamos tratando de compartir o de construir entre todos, tiene algo para ser compartido con estas 3800 personas que trabajan en relación con la Secretaría, de las cuales nosotros vendríamos a ser una muestra pequeña, 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 cerrarían 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 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; muchas otras veces lo que ocurría era lo inverso: se pretendía que la sociedad copiara los artefactos innovadores 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 lo que podría ser el imaginario 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 tiene 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 las instituciones 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, esta 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 el *segundo* anillo del conurbano. En el crecimiento concéntrico o excéntrico del conurbano, el segundo anillo, que aporta casi 3 millones de habitantes extras (censalmente hablando) 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 Ballen, en Ecuador, el movimiento de defensa del hospital público se armó muy rápidamente porque se desestructuró lo que constituía una Salud Pública emergente. La Salud Pública del Ecuador es muy nueva, muy vinculada al auge del precio del petróleo, muy joven y probablemente vinculada con la lógica de los '60 y de un Estado benefactor, pero un Estado benefactor tardío, muy dinámico, con mucha infraestructura, mucha autoestima del personal de Salud. 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 Ballen hace caso a lo que le dice el embajador norteamericano - que Ecuador está muy atrasado en las reformas y que se tienen que quemar etapas - el movimiento de defensa del hospital público se instala tardíamente, 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 al mismo tiempo nos permite tomar esta variable para monitorear cómo anda nuestra legitimidad, qué tal anda la relación con nuestra gente, con nuestros usuarios, ¿saldrían hoy nuestros usuarios a abrazar el hospital, a cuidarlo? Si es sí, la pregunta siguiente es ¿cómo lo mantenemos? Si 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 intelectuales, 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"³. Probablemente es la consecuencia de la reducción de 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

³ *Because is time*

comunicación mundial a los científicos, así nace Bitnet y bastante después surge el interés comercial que está siempre alerta, que se ocupa de expropiar todo lo que se hace, en una manifestación de lo que se denomina la cultura canibal. 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 las reglas de juego básicas de convivencia con el Bitnet, que permanece dentro de la Internet. En el fondo nosotros somos como 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 Shoemaker sobre Júpiter, cuando cayeron muchos fragmentos generando como “explosiones atómicas” se descubrió 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 me llamó 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 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 son comerciales, democratizan 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. 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 de las pirámides. Vamos a ver progresivamente por qué lo que se opone a la lógica de redes son las pirámides, o formas jerárquicas de organización. Las redes no son telarañas, no son concéntricas, son formas de articulación multicéntricas.

Una segunda provisión viene del campo de la **administración**. En este campo cada vez se analiza más el objeto 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 la defensa de una determinada marca o producto que los articula. En sentido estricto son redes y no jerárquicas sino vinculares y contractuales.

Hay un tercer eje - que es el que vamos a utilizar más porque probablemente está más cerca de nuestras inquietudes - 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. Slusky, 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 ofrece una homogeneidad que no tiene. En la práctica se podría decir “analicemos cómo se prestan servicios de Salud en la Argentina”, así se permite emerger a la heterogeneidad. Sistema es un aparato homogeneizador. Redes, en cambio, parte de otra lógica, parte de asumir 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 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. Y 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 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 permite que los sujetos emerjan de un discurso moderno que los tenía atrapados, congelados. Al desestructurarse también viene la emergencia del individuo - para una perspectiva teórica -, o la emergencia del sujeto - para otra perspectiva teórica -. 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 productos de su historia*”, el énfasis es que somos producidos

-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 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 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 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 voy creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica. Al tener **heterogeneidades organizadas** reduzco la *demanda de organización piramidal* y, al reducirla, equipo 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 las “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 idea de redes nos empieza a dar un mensaje distinto al de la idea de sistemas. Porque a pesar de que no lo 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 entrópico*, en consecuencia amenazante para la estabilidad de los sistemas.

En el fondo los sistemas son pirámides. Cuando hablamos de sistema de Salud 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 el mejor de los sistemas funciona sobre la base de concentración de poder.

En las redes no necesariamente se funciona así. Puede tener 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 Intranet⁴ 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 que la de las pirámides, de los organigramas, de las estructuras de poder (quién controla a quien, quién reporta a quien). En esta lógica de redes no es solamente una estructura para vincularse con el afuera, sino también para establecer nuevas formas vinculares en el adentro, pueden ser mecanismos de **redes intrainstitucionales**. También podríamos 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 mando algo que otro recibe y me 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 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 y 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 haber 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.

⁴ Intranet es un Software de Internet que se puede utilizar dentro de las instituciones, es decir para mejorar la comunicación intrainstitucional.

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**, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos, para monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Donde cada uno sirve de apoyo al siguiente.

El primer nivel sería el de **reconocimiento**, que expresaría la 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 de los otros demuestra, un no reconocimiento del derecho a existir de los otros. Y voy a dar ejemplos que no son de Rosario, porque son muy duros. Así se expresaba un médico de hospital con respecto a sus colegas de un centro de salud: *“A esto lo mandó un médico de un centro periférico. Bueno ... ‘médico’ ... es una forma de decir ... si está en una centro de salud ...”*

En el centro de salud, el discurso podría ser: *“Fíjate el medicamento 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 descalifican a los otros.

Es como decir *“todos los chinos son iguales”*, cosa que se puede decir sólo fuera de China y, que cuando estamos ahí nos damos cuenta que ninguno es igual a otro. 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 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.

Siguiendo con el caso de lo extremo, 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 una crónica a principios de siglo *“no murió nadie ... importante”*. En el caso de la toma de la embajada de Perú, no murieron personas. En la guerra contra Irak, en el ‘91, la prensa norteamericana hablaba de *“daños colaterales”*, no eran muertes. Los irakíes eran personas que estaban pegadas a los objetivos estratégicos de los que había que informar sobre su liquidación. Lo mismo ocurre en el *“diálogo”* de los palestinos e israelíes, no podían ni dialogar porque el principio estratégico era que no existía 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 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 con la población 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 la *normalidad*, lo voy a rechazar. “*Sí, son seres humanos, pero son tan distintos!*”. Para poder reconocerlos en realidad yo tengo que reconocerlos y aceptarlos tal como son. Esto es más fácil decirlo que hacerlo.

No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar, “*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, he recorrido este primer nivel cuando comienzo a aceptar que el otro existe, cuando el otro se me hace presente y tengo 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 mi palabra, empiezo a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, quiero saber quién es el otro, quiero entender cómo se ve el mundo desde ahí.

Un tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir algunos episodios de **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 colaboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad, empiezo a colaborar pero espero también que colaboren conmigo.

En el cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de **cooperación** (co-operación: operación conjunta). Esto supone un proceso más complejo porque supone 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 podría 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	Confianza
4. Cooperar	Compartir actividades y/o recursos	Solidaridad
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica	reciprocidad
2. Conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace	interés
1. Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	aceptación

Podríamos también 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 a 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 Uds. 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 otro sobre cómo estamos colaborando o cómo podemos colaborar, cómo podemos co-operar y qué formas de asociación. 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.*

Dr. Rovere:

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 bastante 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 concientes 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?

Dr. Rovere:

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?*

Dr. Rovere:

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 el propio pensamiento administrativo se cuestionan los principios de los clásicos y las formas 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 contraprinzipio 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?*

Dr. Rovere:

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 *talentointensivas*, 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?*

Dr. Rovere:

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 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 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 desindividualizado, 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?.*

Dr. Rovere:

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?*

Dr. Rovere:

Desde lo estratégico, tratamos de salirnos del dilema de 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 por el medio. 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, quedando como en un sandwich. 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 apporto 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?*

Dr. Rovere: 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.

RECONOCIMIENTO

Trabajo en grupos. “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 Binder⁵. La intención es trabajar en la lógica de redes, es decir organización de grupos con una máxima heterogeneidad, es decir juntarse 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 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.*
- *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*

⁵ Véase apéndice

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 en vano 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. Porque 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 cómo el texto genera esta agenda de discusión. Al final del texto 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 aparecía la categoría fuerza social. Sólo en ocasiones muy excepcionales fuerza social coincidía con clase social, aparecían como otros ejes o dinámicas. Me parece que el autor no intenta contraponer estos conceptos, sino simplemente escribe para un concurso que se llamaba “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 genera 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”. Más 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**⁶. Pero lo extraño es que se trata 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 participa 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 Network, 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 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.

Cuando se discutía 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 tener 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 terriblemente movilizado con gran participación, ejes de movilización diferentes y 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

⁶ 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.).

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 representación 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 uno. 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 él, 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 línea de producción 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 la obediencia debida, donde a mí me dieron órdenes y lo hice bien, cuya lógica es, la responsabilidad de conocer o juzgar si esto estaba bien, 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 individuo y no la de sujeto. La categoría más fraccionadora 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 tener estímulos y “desestímulos” de equipo. 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 se traslade 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 que sea 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. Si el individuo se territorializa, el sujeto en cierta manera se desindividualiza, se desterritorializa y se encuentra él mismo como sujeto cuando se le desestructura el ambiente, más que cuando se le mantiene sobreestructurado.

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. Esto constituye un primer factor que es el **factor posición**. Algunas personas tienen a lo largo de su vida la posibilidad de cambiar de posición, entonces esto se ve más 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 superficial; pero daría origen a un gran debate que sólo se zanjaría en la medida que asumamos nuestro posicionamiento desde una determinada ideología, que pertenece al sujeto, pero que a la vez es cultural, es de grupos y 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 poner fragmentación como una herramienta analítica, pero a pesar de todo tuve alguna intencionalidad en colocarla 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 experiencia puede tener algunas cosas interesantes, pero tengo miedo que sea un salto al vacío”*, *“varias veces hemos escuchado hablar de”*; estas frases que solemos escuchar, nos muestran que todo se observa desde una historia personal. Acá hay 80 escuchas distintas de lo que estoy diciendo en este momento; en consecuencia hay 80 interpretaciones, algunas sutilmente distintas y otras radicalmente distintas.

Esta experiencia tiene dos aspectos: uno positivo y otro negativo. Es decir, es al mismo tiempo un capital o una acumulación que puede usar el sujeto en sus nuevos abordajes, pero también es una carga, que me ata a ciertas maneras de mirar la realidad, a ciertos prejuicios, que puede incluso impedir aprender en la medida que me aferre 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 estereotipadamente. Si funciona con eso convalido que mi experiencia era correcta. Solamente cuando mi experiencia no funciona, en cierta manera se abre al aprendizaje⁷. 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.

⁷ En cierta manera remite al concepto de Bachelard, de que aprendemos “en contra” de los que antes sabíamos. Y en eso consiste el verdadero aprendizaje

En definitiva, cuando hablamos de la lógica de conocer al otro, cuando hablamos de la lógica de reconocer que el otro existe, es reconocerlo dentro de su subjetividad. Y su subjetividad se construye, por lo menos, con estos cuatro factores. Cuando yo estoy en un grupo y en él alguien habla, yo escucho a esta persona y tengo 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 habla desde una determinada experiencia y a que tiene una intencionalidad. Nada de esto significa, sin embargo, que su juicio o su análisis estén viciados.

Con esto vemos cómo se va construyendo la subjetividad del sujeto. 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. Acá 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 parecerse 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 dice 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: descodifiquemos nuestra subjetividad. Cuando uno viaja por el país dice 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 él también tiene una posición, un aparato ideológico, su intencionalidad y su 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 me invita es a hacer este ejercicio de ponerse en el lugar del otro.

Consignas

- 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. Atención: Ojo que no funciona ponerse en la posición de ellos con el aparato ideológico nuestro

4

CONOCIMIENTO DEL OTRO: QUIENES SOMOS

Cuando uno piensa en redes, se imagina que hay movimiento en las mismas, un movimiento intra-red. Lo que no se imagina tanto es que las mismas redes se mueven. La idea de redes que se mueven se relaciona con los nuevos movimientos sociales que son las formas de organización que dan origen a una especie de organización política, pero no una organización política partidaria sino interpartidaria que articula lo político y lo social, actores pequeños y grandes. Un ejemplo de nuevos movimientos sociales son los movimientos de género o los movimientos ecológicos, los de derechos humanos, etc., son causas no monopartidarias, son como causas *transversales*, en el sentido de que atraviesan diversos partidos, diversas clases sociales, etc..

Hay en estos momentos una discusión importante acerca de la renovación de la meta “Salud para Todos”; tiene que ser un mensaje un poco más sólido que diga a este lema “Salud para Todos” quién lo va a hacer, quiénes son los actores concretos que se van a mover en eso y exigimos que se empiece a decir quiénes en la práctica han mostrado en estos últimos 20 años que están en contra de *Salud para Todos*. Tenemos 20 años que corrieron desde entonces, para evaluar. Esto no es solamente un problema nacional sino internacional, es una perspectiva que se está viendo en muchos países, en este sentido, los movimientos que mencioné antes, son movimientos que tienen que ver o que dan algún mensaje en relación a cómo en Salud ha faltado esta dimensión de movimiento, esta dimensión de causa social, esta articulación de actores internos en el sector Salud con actores externos de la sociedad. Potencialmente *Salud para Todos* tiene suficiente identidad, causa, fuerza, como para dar origen a esos movimientos sociales.

Hay varios rasgos de los movimientos sociales, pero hay uno que nos interesa en este momento, la producción de un cambio muy significativo de las formas de manifestación, de expresión, de comunicación social. Por ejemplo el tema de los cortes de ruta, es importante porque tiene un carácter de lucha pero incluye una dimensión televisiva. Hay una lógica de cambio como que se tiene que estar en el espacio de la comunicación social y esto ha dado origen a lo que se llama la **estetización**, la introducción de la estética de la manifestación política.

Algunas cosas nos llaman la atención si vienen de afuera, pero cuando después se revisa hacia adentro se puede descubrir que lo hacíamos acá también. Precisamente hay algunos antecedentes interesantes, uno famoso ocurre en la década del '60. Una época en la cual surgen fracturas de distintas posiciones, un grupo de plásticos rosarinos decide poner el arte al lado de los movimientos sociales y se genera toda una manifestación que intenta expresar estéticamente la situación crítica que tenía en ese momento Tucumán.

Recordemos que en la charla introductoria hablamos de cinco niveles: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Ellos serán usados como matriz para la organización del curso, de modo que cada uno de estos niveles va a marcar el tono del ejercicio del encuentro. En el primer encuentro el eje fue el reconocimiento de que el otro existe. Hoy vamos a tratar de profundizar quiénes somos. Posteriormente, cómo estamos colaborando o cómo podemos colaborar, cómo podemos co-operar y qué formas de asociación nos podemos dar.

En otras palabras, nuestra construcción de red tiene distintos pasos. Aparentemente la primera sensación es que si hablamos de redes hay que acercarse y empezar a conversar. Pero hay un elemento previo, que es el de reconocernos. Esto lo hicimos en la primera parte. Esta idea es sumamente importante porque nos da el comienzo para armar una red, “hay otros”. El segundo paso es igualmente importante y ya tiene que ver con el *conocer*.

Lo más importante para las redes es conocer que el otro es diferente, no es un igual. Es interesante el caso de Suiza, un país que tiene cuatro idiomas francés, alemán, italiano, y un dialecto, pero a nadie se le ocurriría decir que no son suizos. Todos son suizos pero hablan diferentes idiomas, es la construcción de la identidad de un país sobre la base de la diferencia, han aprendido a no hacer de eso una debilidad sino una fortaleza. De alguna manera, en esta forma de organización está este mensaje. Hay otros mensajes más, los suizos se pasan votando todo el tiempo, votan promedio 4 o 5 plebiscitos cantonales por año y 10 o 12 plebiscitos municipales por año.

En esta lógica la pregunta es ¿esta analogía nos podría servir? Tal vez acá también hay distintas nacionalidades los que hablan “HECA”⁸, los que hablan “CEMA”, los que hablan “Centros de Salud”; distintas lenguas, dialectos. La Secretaría de Salud es una nación **heterogénea**. Hasta ahora hemos visto la heterogeneidad como una debilidad. Nuestra primera necesidad sería empezar a identificar que heterogeneidad en realidad es una fortaleza, que no ganaríamos gran cosa si todos fuéramos iguales, nuestra fortaleza es que somos distintos y somos capaces de construir un ambiente que capitalice las diferencias, que sea capaz de sacar lo mejor justamente porque somos distintos.

TRABAJO DE GRUPOS

En esta primer necesidad de identificarnos y de reconocernos queríamos hacer un primer ejercicio de presentación. Les pedimos que se junten por institución, designen a una persona que tome nota de quiénes son y los presente.

(En esta primera parte del ejercicio, se presenta cada una de las instituciones presentes, así como sus integrantes en forma individual.)

Dr. Rovere:

Las organizaciones, las formas de organizarse, tienen que ver con el poder. Podríamos decir, el poder en las organizaciones. Pero hay otro concepto tan interesante como éste, hay un poder en las organizaciones que reside en los vínculos y las relaciones. Y si hablamos en términos de redes estamos hablando de vínculos, de relaciones. Si nuestra red aumenta, si específicamente ella puede hacer una progresiva incorporación, como mutua representación interna, de mayor cantidad de personas, esos vínculos que ella va haciendo y esos vínculos que otros van haciendo y los que cada uno de nosotros hace, van dando poder a la red. Vamos a precisar, es el poder *de la red*, no el poder en la red. En la práctica no existe otro sustento de la red que las relaciones.

Cuando hablamos del servicio de ambulancias de emergencia, seguramente estamos hablando de relaciones telefónicas, es decir que las relaciones telefónicas entraron en la red. Es como si la riqueza de las redes la pudiéramos ir manifestando sobre la base de la cantidad de interacciones que se va produciendo con cada uno. El primer concepto que podemos señalar es que hay un **contorno geográfico** de la red y un agrupamiento.

La idea de red no va a ser solamente un concepto para conectar unidades entre sí, sino también para conectarse al interior de cada institución. En el caso de Suiza, si uno lo pensara estratégicamente nada mejor que tener gente en la frontera que habla el idioma del país vecino. Esa fluidez en las relaciones significa la capacidad de vincularse y de ir reconociéndose en el otro. La red la vamos a ir dibujando al interior de nuestras cabezas, no hay ningún otro lugar donde la podamos poner, se tiene que internalizar, formar parte de nuestra propia estructura o forma de operar. En esta forma de operar cualquiera de nosotros, en estos momentos, tendría que tener la posibilidad de transferir a una persona que tiene un problema, un paciente por ejemplo, al lugar más adecuado en el más corto tiempo. Pero para eso hay que conocer todo lo que sucede en esta red, lo que significa comprender la totalidad de lo que tenemos.

Estamos hablando de redes, de vínculos, vínculos que se generan con otros sujetos, que se internalizan, redes que se construyen desde la perspectiva de cada sujeto. En la medida que me incluyo en la lógica de redes, empiezo a enriquecer mis relaciones. Podríamos incluso chequear cómo estamos en estas relaciones, que riqueza tenemos. Repasemos el ejercicio y preguntémonos cuál es el capital que cada uno tiene depositado en redes. Probemos a respondernos algunas preguntas. Después una persona de cada grupo nos comentará las respuestas:

⁸ se refiere a siglas que representan diferentes efectores de salud de la ciudad de Rosario

- ¿con cuántas personas, de las que están acá solamente, cada uno tiene contacto *diario*?, contacto no significa necesariamente verse, puede ser telefónico; si es muy irregular sacan un promedio diario.
- ¿con cuántas personas tiene contacto al menos una vez a la semana?.
- Excluyendo las personas anteriores ¿A cuántas personas que están acá y que no ve con frecuencia, conoce, sabe su nombre y apellido y conocen sus actividades?. Una forma de acotar esta pregunta sería ¿a cuántas personas uno podría llamar por teléfono para pedirle algo? Una cosa es conocer pero no tener ningún trato y otra cosa es no verlo frecuentemente pero poder comunicarse por teléfono.

En la práctica se solicitó a una persona tomada al azar que se parara y ubicara por el nombre a aquellas personas con las que tenía contacto diario. Se solicitó a esas personas que también se pararan. Luego se preguntó a quiénes contactaba al menos una vez a la semana y también se solicitó que se pusieran de pie. Finalmente se solicitó que ubicara a quienes conocía por el nombre y a los que pudiera recurrir. Cuando el grupo comprendió la lógica se extendió la consigna a todos los presentes y en pocos instantes cada participante comenzó a contar sus contactos en estos tres niveles de proximidad.

Al terminar la tarea se interrogó al azar a diferentes personas detectando variaciones vinculadas a la antigüedad, el lugar de trabajo, a las rotaciones, etc.

En este ejercicio breve pero movilizante se pudieron reforzar más ideas: “las redes son redes de personas”, la riqueza de las interacciones es el poder de las organizaciones y un curso-encuentro como este puede ser un dispositivo no sólo para reflexionar sobre redes sino también para generarlas.

Los resultados de este ejercicio mental nos confrontan casi directamente con la posibilidad que tenemos de conectarnos con diferentes personas, en diferentes grados. Esto va conformando un cierto capital de las personas. Al final podríamos decir que los datos que Uds. dieron en este momento muestran el nivel de riqueza de las redes que cada uno tiene. Pero el conjunto, a su vez, está dando alguna señal de lo que podríamos llamar el poder de la organización.

Una de las intenciones a través de este taller es que los que participan puedan enunciar un número más importante de personas conocidas, de vínculos; o sea que el taller no tiene como objetivo sólo hacer circular algunas nociones, conocimientos o algunas herramientas, sino también aumentar e incrementar el número de elementos o vínculos, contactos, que de alguna manera constituyen el poder de la organización. Vínculos que no tienen que ver con estar reunidos constantemente sino tener puntos de contacto y sobre todo la riqueza y calidad de esos vínculos, no sólo la cantidad. En este caso hemos usado la cantidad para tener una primera aproximación, una primera idea de lo que podríamos ir incrementando a través de la lógica de este seminario.

Esta ubicación inicial me parece que nos va ayudando a ver la idea de redes. Queríamos empezar a ubicar la idea de “*redes para*”. La primer idea que uno podría tener es que las redes son un objetivo en sí. Pero vamos a defender la idea de “redes para”.

Una organización mejora en la medida que desarrolle sus redes internas. Pero pronto veremos que nos van a servir de poco lo que llamamos redes formales. Como las redes son vinculares uno no las puede organizar. Lo que sí sabemos es que la mala relación entre dos personas claves de la red puede dejar desconectadas a dos áreas distintas. En términos eléctricos un corto circuito puede dejar apagado a medio Rosario, de la misma manera un conflicto puede dejar desconectado un cantón suizo.

Hasta acá pudimos estar hablando de un concepto de red que parece naturalmente positivo, como que siempre es así. Pero como es un concepto *vincular*, atrapa lo que son naturalmente las formas vinculares. Entonces encontraremos energía positiva y negativa, por eso en determinados momentos pueden producirse puntos críticos donde el conflicto de dos personas puede ser totalmente aleatorio o totalmente central porque corta el circuito de relaciones. Cuando decimos que una institución es rica en redes, decimos que tiene mucha circulación, que es como un *cableado*, pero no todos los cables son igualmente centrales, puede tener cables troncales y laterales. Podemos considerar el cableado de redes de tal manera que en nuestras relaciones interpersonales, en ese espacio vincular, está ubicada la potencialidad o el poder de la organización.

Si seguimos con esta imagen de redes, podríamos empezar a conceptualizar cómo se van vinculando las personas. En una situación laboral, en realidad, la naturaleza de los vínculos no es totalmente opcional. Nosotros no nos hemos elegido recíprocamente nos han puesto juntos las condiciones del trabajo. Pero sí podemos darle sentido a esa tarea y mejorar los elementos vinculares; podemos reforzar la tarea con los vínculos, formales e informales. Los contratos de trabajo son vinculares, son los elementos que nos mantienen

pegados a la organización, a esta conexión que es formal se agrega otra conexión informal que es la cotidiana, en donde se hacen estos vínculos y determinan si es agradable ir a trabajar todas las mañanas o no.

El carácter de las relaciones vinculares en el trabajo no es extremadamente diferente de las relaciones sociales en general. De ahí que mucho de lo que se sabe de redes proviene del campo de la Psicología Social, que ha ido creciendo trabajando sobre grupos y reflexionando sobre ellos se descubrieron aspectos importantes sobre los propios sujetos que intervienen en los grupos. Los grupos resultaron una forma de entender mejor a los sujetos. Por expansión de la idea de grupos aparece la idea de redes y se descubre también que las redes ayudan a entender a los sujetos; yo puedo saber y evaluar mi grado de aislamiento o mi grado de relación, la riqueza de mis relaciones y también ver esto de la relación dinámica de salud-enfermedad porque muchas veces lo que va produciendo la enfermedad, la marginación, es un empobrecimiento de redes.

Hay dos elementos que constituyen ejes que pueden atravesar y darle movimiento, sentido diacrónico o histórico, a estas redes, la problematización y la visión. Quiero explicarlo con cierto detenimiento, y aunque es válido para cualquier tipo de red, haré especial referencia a los servicios de salud.

Uno de estos polos lo constituye el de **problematización**. En esta lógica de *redes para*, hay redes que se problematizan por muchos motivos. Por ejemplo, en los servicios de salud, pueden existir problemas internos de las organizaciones o bien problemas que trae la población que se asiste.

A los problemas internos de las organizaciones los llamamos problemas *intermedios*, son todos aquellos problemas de funcionamiento de los servicios. En teoría los servicios de salud nacieron para resolver problemas, pero ahora se sabe que no sólo los resuelven sino que también los crean. Los servicios de salud crean problemas por la interacción y porque no todo fluye libremente en las redes. Estos problemas son de naturaleza intermedia, en cuanto no hacen a los fines de la organización. Ahora bien, desde el punto de vista perceptual, los problemas no son importantes por su tamaño sino que son *subjetivamente* importantes según desde el lugar que se los mire; desde este punto de vista los problemas intermedios, literalmente, pueden llegar a eclipsar nuestra preocupación por los problemas de salud de la gente. Un conflicto en el hospital genera inmediatamente toda una red de comunicación, un caso de tuberculosis no genera ninguna red de comunicación. En sentido final el caso de tuberculosis es más grave que se genere al interior del hospital, pero desde el punto de vista perceptual no es así.

La comunidad que se asiste en nuestros servicios, también tiene problemas. A esos los llamamos finales, en el sentido social. Tienen que ver con los fines de nuestra organización. Así como hemos definido que el poder en la organización reside en los vínculos, podríamos decir también que la segunda dimensión del poder es la **legitimidad**. Pero el gran problema de la legitimidad es que no me la puedo dar a mí mismo, me la dan los otros, que en términos generales son las personas reales o potenciales que se atienden en el servicio.

Por ejemplo, en los hospitales de Ecuador intentaron buscar el apoyo de la comunidad y ella decía “¿ahora se acuerdan de nosotros?”. Así como dijimos que podemos monitorear individual y colectivamente cómo anda la riqueza de nuestras redes, también podríamos monitorear periódicamente cómo anda la legitimidad en nuestros servicios. Siempre se tiene que mantener como un objetivo alto que la población salga a defender este servicio. Con mi trabajo cotidiano tengo que conseguir legitimidad que se expresa por el nivel de apropiación y de pertenencia que los usuarios de los servicios tienen con respecto a ellos, en este caso en el conjunto de la red.

En realidad la legitimidad puede ganarse por varias vías. Por un lado puedo tener legitimidad porque me la otorgan mis clientes, la opinión de la gente, pero también puedo ganar legitimidad de los que opinan utilizando como hospital de referencia a ese hospital, sería legitimidad intra-red y legitimidad extra-red o social. La suma de las legitimidades de la instituciones más su capacidad de operar en conjunto, sería la legitimidad de la red. Hay que plantearnos para dentro y para afuera qué queremos.

A esto que lo hemos planteado desde la perspectiva de problematización, problemas finales y problemas internos de alguna manera lo podemos poner en sentido proyectivo, como intención.

El concepto de *intención* nos coloca en el segundo elemento que llamamos **visión**. Hay un trabajo de Maturana que dice que la inteligencia no depende del número de neuronas sino del número de conexiones, en este sentido el cerebro es una cooperación de neuronas. Hacer redes inteligentes significa enriquecer los vínculos, si lo hacemos no como una necesidad interna sino como una necesidad externa de construcción de

legitimidad, los ejes “problemas” y “visión” permiten orientar nuestras intervenciones en red y darle al mismo tiempo un movimiento.

Es la idea de redes en movimiento, la que da colectivamente una visión donde se expresa, al mismo tiempo, la resolución de los problemas finales y la de los problemas intermedios, en ese orden. Entonces, la visión me permite como ejercicio colectivo seguir corrigiendo los vectores de cada unidad y, en cierto sentido, las redes empiezan a tener direccionalidad, movimiento.

No he encontrado ninguna analogía exacta como para ilustrar esto. Eventualmente la que más se parece es la de caravana. La caravana en sentido estricto es una red que se mueve, si uno piensa en la red de servicios de Salud puede decir que esta red no viaja en el espacio pero sí en el tiempo, se mueve hacia donde se tiene que mover; importa el proyecto hospitalario de cada unidad específica pero al mismo tiempo importa el proyecto de la red, de tal manera de poder articularlos. ¿Cómo se logra esto? Lo vamos a ir viendo mediante ejercicios de problematización y ejercicios de visión. De todos modos adelantaremos lo siguiente, sin lugar a dudas se logra en la medida que se participe en la construcción de la visión. Para poder participar en la construcción de una visión vamos a tener que trabajar desde la perspectiva de los problemas de la gente. En consecuencia hoy vamos a tener un segundo ejercicio, reagrupándonos con la lógica de problemas, fundamentalmente problemas finales pero también algunos problemas intermedios, como una base que nos permitirá, posteriormente, trabajar la idea de visión colectiva.

Nosotros no partimos en ningún caso de una carencia absoluta de redes, de “cero-red”. Partimos de un nivel de red existente, aunque lo consideramos insuficiente y que deberíamos enriquecer, limpiar para evitar cortocircuitos, incrementar las conexiones, las interconexiones, las interrelaciones, etc. Pero resulta que todo esto lo estamos viendo desde la perspectiva del usuario y desde ella esto es una red que funciona. Sobre todo el usuario que no usa nuestros servicios tiene un imaginario, como usuario no es particularmente visible si hay problemas al interior de un hospital o en la red, la gente que usa el servicio de salud piensa que nosotros hacemos lo que debemos hacer, ese “*hacer lo que debemos*” es tanto intrainstitucional como interinstitucional. Desde esta perspectiva tenemos una responsabilidad que le da a algunas de nuestras reflexiones un cierto carácter de reflexión de urgencia, como los usuarios tienen un imaginario de los servicios de salud, que a veces es dramáticamente cambiado por la experiencia de ser usuario concreto, en cierta manera el capital que tenemos es el capital de la experiencia concreta de la gente que usa el servicio, más la historia que se ha ido acumulando en el uso del mismo. Hay estudios que muestran que las mujeres tienen una cierta preferencia a tener sus hijos en el mismo lugar donde los tuvo su madre, esto significa conservar una imagen de una institución por 20 años. Cuando se cierra un hospital se clausura un capital enorme, la imagen que tiene ese hospital en la comunidad; ahí uno pudo haber tenido familia, haber nacido, haber resuelto un problema que pensaba era muy grave.

La legitimidad de los servicios de salud se deconstruye, es un proceso de construcción-destrucción y de alguna manera nosotros participamos en un sentido u otro y se puede hacer un balance diario de cómo fue la deconstrucción. Las cuentas del debe y del haber van parecidas en el sentido de que el prestigio se construye muy despacio, con mucho esfuerzo y tiempo, pero los costos de un error son altísimos tanto para el paciente como para el servicio.

A veces la calidad de los servicios no puede verse desde la perspectiva de cada unidad de prestación. Los usuarios tenemos una concepción, construimos una imagen de calidad que es integral, la gente no va a decir: “*el ingreso al ‘hospital número 1’ fue bueno*” ... “*la atención en el centro de salud fue buena pero la referencia no funcionó, me mandaron a ver una persona que hace dos meses no trabaja más allí.*” Todo esto empieza a conformar una impresión de conjunto, el enojo o la preocupación del usuario se vuelca sobre toda la red, no hay forma de salvarse individualmente de esto. En este sentido tendríamos que ir viendo, desde la perspectiva de los usuarios, cómo está nuestro comportamiento de red, después vamos a ver que en relación con algunas problemáticas estamos haciendo muchas cosas, pero probablemente nos vamos a encontrar con la necesidad de hacer un poco más, y de saber más. Podríamos hacer el mismo ejercicio de antes, con quién trabaja usted diariamente, con quién semanalmente, a quién conoce con nombre y apellido, para saber cómo andan las redes expertas, por ejemplo, en la solución de los problemas de niños.

Hay una parte muy importante en términos de redes que no se han impuesto desde lo formal. No hay decretos, sino que se construyen desde el punto de vista de voluntades, de libre albedrío, la gente se va eligiendo pero para eso hay que conocerse.

Ejercicio recomendado:

Para el trabajo con grupos, recomendamos el siguiente ejercicio. Vamos a abrir algunos ejes tratando de que convoquen a la mayor cantidad de instituciones posibles, esto significaría también que las instituciones que tienen muchas personas desarrollen alguna forma o *estrategia* para participar en la mayor cantidad de mesas posibles. En este caso proponemos seis mesas, cada una con un tema, pero pueden armarse diferentes mesas de acuerdo a los fines y a los intereses de las instituciones que participan:

- Problemática de salud para la mujer, desde lo más sencillo hasta lo más complejo.
- Dimensiones de comunicación, promoción y prevención de la salud, aquellas cosas que se transforman en servicios a la población pero que son no convencionales en el sentido de que no se transforman en unidades de atención; están operando sobre los problemas de la gente, eventualmente antes de que se produzcan o para evitar que el problema se complique.
- Salud del niño.
- Urgencias, problemas de salud que no pueden esperar.
- Salud mental.
- Problemas intermedios. Como además de los problemas finales, de todas maneras tenemos que resolver elementos internos de circulación, funcionamiento, distribución de recursos, etc. también vamos a tener un red de gestión y administración, esto también hace a nuestra capacidad de resolver los otros problemas porque sería una red de soporte de las otras intervenciones.

Imaginemos que cada *cantón* ahora se abre en seis comités, entonces envía representantes a cada comité. Cada comité trata la idea de redes sobre estos ejes. Esto es para ir mejorando nuestro entrenamiento en estos temas, porque puede haber más redes. Se decide quién va a cada mesa y después se arman los comités. En esta forma por un lado estamos rompiendo con la lógica de fragmentación de la red en instituciones, de juntarnos haciendo un corte diferente al que estamos acostumbrados y por el otro una manera, también, de empezar a mirar los problemas desde la lógica de las redes y de la gente.

5

COLABORACION

Recordemos que hemos elegido como eje de las exposiciones y las reflexiones, la necesidad de cinco niveles para construir un red, reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Ya hemos transitado en relación a los momentos 1 y 2; en consecuencia estamos en condiciones de enfrentar el momento 3, de colaboración. Para ello necesitamos saber si van a existir condiciones para acometer este nivel. Naturalmente que cuando se forma un grupo heterogéneo, donde participa gente con deferentes vivencias, experiencias, etc., no todo el grupo está atravesando el mismo nivel. Porque cada uno integra distintas redes que están conformadas de diversas maneras. Pero sobre este imaginario estamos trabajando y es bueno poder compartirlo.

Cada uno de los momentos se va volviendo un poco más exigente. En la exigencia existe fundamentalmente un implícito: casi toda la estructura parece que nos está llevando unilateralmente a la idea de cooperación y asociación, como que todo estaría llevándonos en una estrategia de suma e integración. Esto requiere alguna aclaración, para evitar que nuestro análisis pudiera ser calificado de idealista. No debemos dejar supuesto o implícito que la totalidad de los vínculos se basa exclusivamente en la agregación o la cooperación, es decir vínculos positivos. Porque la idea de cooperación queda connotada valorativamente; todo lo que estamos haciendo camina en un contexto valorativo, hasta podríamos hablar de algo idealizado en el imaginario colectivo. Pero esta idealización es hasta un cierto punto, porque cuanto más se *agrega* un grupo, más envidia genera en otros grupos que al mismo tiempo podrían como consecuencia de esa envidia agregarse o entrar en crisis y desagregarse. Esto nos obliga a ver un poco el tema del afuera.

Aquí estamos haciendo un ejercicio que nos vincula. Y si bien somos actores reales, en sentido estricto *no representamos* al resto de los actores de los servicios de salud, que no están acá. Y si bien de alguna manera podemos hacer un servicio para los que no están acá, no podemos representarlos, no podemos tomar acuerdos por ellos. De tal manera en este ejercicio podemos ir labrando acuerdos entre nosotros y las áreas que nos incumben, pero al mismo tiempo tenemos que pensar que el ejercicio real está afuera de este escenario. En las reflexiones, en las discusiones, en los acuerdos, en las invitaciones, en las posibilidades, tenemos que también pensar en las personas que no están acá y que eventualmente podrían quedar vinculadas a través de algún acuerdo que sí podríamos hacer nosotros pero que quedara como invitación para los otros y no como obligación.

De esto se trata el ejercicio, porque estamos hablando de un momento donde comienza el vínculo. Fíjense que en las instancias previas (*reconocer* y *conocer*) yo me estoy relacionando pero no construyo el vínculo necesariamente, todavía nada me obliga.

Ahora empiezan algunos gestos de colaboración. Es voluntario, estamos en un espacio de ayuda, de gestos de buena voluntad. Estos gestos empiezan a construir la base de lo vincular, que en nuestra cultura está muy perdida, pero en muchas culturas es hoy todavía constituyente.

Hay una institución que muchos pueblos respetan más que nosotros, el vínculo de la **reciprocidad**. La reciprocidad es una categoría central en la constitución de las sociedades, sólo que la nuestra la ha perdido un poco por la vigencia de otros mecanismos. Sin embargo, cuando uno se fija bien, hasta podría encontrar los orígenes del mercado en la lógica de la reciprocidad. Recuerden ustedes que el mercado comenzó sin moneda, en realidad había trueque y el trueque se basa en la reciprocidad. Es ésta la que explica por qué de repente en un barrio todas las familias se ponen a construir la casa de uno de los vecinos, porque funciona un vínculo no escrito, donde todos saben que cuando se termine esa casa, los otros van a pasar a ayudar en la construcción de otra casa. Ocurre muy frecuentemente en comunidades de Buenos Aires.

Por ejemplo la comunidad paraguaya tiene una cultura totalmente tendiente a este tipo de vínculo. Entonces, cada vez que llega una familia nueva, cuando hay un lote disponible, en los fines de semana aparece mucha gente construyendo, que uno no sabe de dónde sale. Esta gente, ayudando, no lo hace sólo en un sentido solidario, también va construyendo vínculos de reciprocidad. De alguna manera los mecanismos de colaboración van generando vínculos de reciprocidad. Son elementos que tenemos que repensar para nuestras redes.

Esto es muy importante para empezar a cuestionar el clásico concepto de redes crecientes, piramidales, donde aparece la idea de **referencia y contrarreferencia**. La idea, aún incluso que la contrarreferencia fuera una reciprocidad (cosa bastante dudosa), se vale de un lenguaje empobrecido o por lo menos limitado de redes de servicios de salud o redes de salud o redes sociales. ¿Por qué? Porque en las redes, en este caso, hay una parte de los servicios que se considera donante y la otra que se considera que tiene el derecho de utilizar el servicio. La relación por la cual yo mando un paciente de un centro de salud a un hospital no se estructura en la práctica sobre la lógica de vínculo de reciprocidad. La idea de complejidad creciente es una imagen, como de *subir la montaña para llegar al oráculo*, que no ayuda a la creación de vínculos de reciprocidad. El nivel de complejidad parece que se trasladara a la identidad de las personas que trabajan en cada uno de estos niveles, de manera que pareciera que el nivel de complejidad lo dieran estas personas. Yo podría dar un ejemplo muy simple: de un grupo de egresados de la misma residencia de Pediatría, uno está en un centro de salud, otro en el consultorio externo, el otro en internaciones, el otro en terapia intensiva. Todos *saben* que saben lo mismo, pero cada uno se percibe distinto, como si la complejidad en la cual desarrolla su trabajo les adjudicara una diferencia, como si la persona estuviera creando la complejidad y las diferencias, en vez de ser los recursos que tiene a cargo o la capacidad resolutive que le toca administrar. En esta característica, al percibirme asimétrico, yo no puedo construir vínculos de reciprocidad. La imagen que nos proponían de redes en realidad obturaban nuestra posibilidad de construirlas, la clásica imagen de referencia y contrarreferencia.

Otra cosa es la idea de **redes de complementariedad** que significa, en un ejemplo concreto: si hay tres laboratorios funcionando y uno de ellos tiene un problema con un aparato, como en la red hay otros dos aparatos del mismo tipo, podría ser que no se resienta su trabajo. Es decir, sabiendo que a cualquiera se le puede arruinar un equipo, la complementariedad de la red hace que espontáneamente la red se refuncionalice y funcione la referencia en cualquiera de los sentidos. Así, un hospital de alta complejidad puede referir a un hospital de menor complejidad, pero que puede realizar esa práctica en particular; se complementan.

Esta idea de redes me permitiría a mí que si dispongo de un recurso muy específico, como puede ser un especialista en determinado sector del saber, a este recurso lo puedo poner en cualquier nivel del sistema, no necesariamente manejarnos con la lógica de reservarlo para el “lugar de mayor complejidad”. Supongamos que hubiera una enfermedad muy particular y un saber muy particular, ese especialista podría estar en un centro de salud y lo único que habría que hacer es conectar en red como para que las personas pudieran llegar derivadas. En este caso hay una referencia que parecería inversa, desde arriba de la montaña hasta abajo. Lo que estoy diciendo es que esto desestructura la idea de redes piramidales que van ascendiendo hasta un determinado nivel.

Cada uno, para cada caso y cada situación, nos va generando una forma de red que es diferente. Tanto es así, que podríamos revisar la idea de red y confrontar lo que sería una red de establecimientos o una **red de servicios**. No es exactamente lo mismo. Si armamos la idea de redes de servicios, en términos de capacidad resolutive para la gente, la red de una especialidad puede tener una arquitectura y la de otra especialidad tener una arquitectura totalmente distinta. Para una especialidad un hospital puede ser dador y para otra receptor. Esto nos tiene que ayudar a desestructurar las formas tradicionales de imaginarnos la red, que no sabemos si son buenas o son malas, pero sí estamos seguros que hasta ahora nos han obturado. Hasta ahora la imagen de red piramidal no nos ayudó para un flujo de reciprocidades y complementariedades.

En esto, en parte, está la cara oscura de la moneda, que es la contrarreferencia. Podríamos decir que el flujo natural de pacientes funciona hasta porque los pacientes saben que un hospital complejo resuelve más que un hospital más sencillo, ese flujo es casi natural, el paciente podría hacerlo incluso sin nosotros. Pero el juego de referencia y contrarreferencia no funcionó, en parte porque no revisamos los vínculos de reciprocidad cuando se trata de vínculos institucionales.

Otra cosa ocurre en los **vínculos personales**. Muchos de ustedes trabajan en la red con estos vínculos, “*mando esta persona, dale una mirada*”, que van estructurando algo que, en política suena feo, podríamos llamar “banco de favores”, en ese banco de favores vamos tres por uno, o sea, te debo dos. En un momento uno sabe que no puede acumular demasiada deuda, trata de equilibrarla a través de estos vínculos de reciprocidad, incluso uno mismo dice “¿en qué te puedo ayudar?”, porque uno sabe que se le está acumulando demasiadas deudas. Este tipo de cosas en realidad son el soporte de las redes y las redes - como habíamos dicho en el

principio - son redes de personas, no redes de cosas. No se conectan las cosas entre sí, aún incluso que conecte mi computadora con otra.

Hay dos cosas que están sucediendo ahora que son bien distintas, el correo electrónico y el Internet, en realidad, el correo electrónico construye redes, en cambio Internet es un shopping mundial de imágenes donde uno allí coloca o proyecta cosas, entonces hay una relación usuario-cosa. Mucho más fuerte es la vinculación del correo electrónico porque conecta personas, ahí el medio es fantástico pero no es él el que se conecta, no son las computadoras las que hablan, son las personas a través de las computadoras, sería lo mismo que el teléfono o el aire que transmite el sonido, lo que lo hace funcionar es que hay vínculos, que hay circulación de personas, de energías, de emociones.

Contra la percepción más idealista, importa también tener en cuenta que los vínculos de las personas no son sólo tendientes a la cooperación y a la reciprocidad. También existen - y hay que asumirlos como tal, porque forman parte de nuestra naturaleza - **vínculos de competencia**. En consecuencia, la competencia también es vincular y la competencia, bajo ciertas reglas de juego, se construye como un elemento positivo. Significa que en un momento dado, a través de un mecanismo de competencia, las personas se estimulan recíprocamente y progresan recíprocamente.

Hoy es muy difícil hablar de esto porque inmediatamente pensamos en lo que nos están vendiendo como el *modelo organizador de la sociedad*, que quiebra todos los vínculos de solidaridad y organiza la sociedad sobre la base de la competencia. Hay que empezar a ver cómo funciona la competencia porque nosotros mismos la hemos utilizado en otros espacios. Por ejemplo cuando queremos mejorar el nivel de la gente y en consecuencia decidimos que los cargos sean concursados. Ahí estamos abriendo claramente un mecanismo de competencia. A través del concurso mando señales no sólo a los que ganan sino también a los que pierden y al contexto, para decir que en este caso, esta organización, ha encontrado necesario desarrollar mecanismos de naturaleza meritocrática, porque queremos mejorar la calidad de nuestro recurso humano, el nivel de clasificación, el nivel de entrenamiento, de destrezas, etc.

Hay otros mecanismos de competencia que pueden ser interesantes, porque la competencia muchas veces podría generar más **poder al usuario**. Cuando armamos nuestros modelos tradicionales, los que siempre hemos usado en Salud Pública, por ejemplo, de área programática, de área de responsabilidad; nos hemos imaginado que es muy bueno que las personas tengan un único centro de referencia y una única puerta de entrada. No estamos muy seguros si es bueno para la gente, pero sí es bueno para nosotros. Lo real es que la gente a través de ese modelo entra en un monopolio, nosotros tenemos eventualmente el monopolio de una puerta de entrada y a través de él la situación de competencia se vuelve muy baja.

La gente imagina que de alguna manera podría estar en mejores condiciones si tiene **opciones** y nosotros muchas veces, con la mejor de las perspectivas y con la mejor de las intenciones, hemos organizado servicios sobre la lógica de que la gente no tenga opciones. La palabra “opción” es casi literalmente el mismo concepto que el concepto de “poder”, tener opciones es tener poder. Cuando hablamos de nuevos modelos de política social, donde importa la lógica del *empowerment* o el poder del ciudadano, entre otras cosas el poder del ciudadano es tener opciones. Es decir, que en realidad, yo no quiero estar en un servicio al que la gente viene porque no tiene más remedio, quiero estar en un servicio donde la gente viene porque me elige. En consecuencia, en muchos casos, incluso en redes públicas en servicios de salud, se ha generado un concepto que resulta un poco difícil de traducir por la connotación, lo que se llama “**mercados internos**”, que plantean mecanismos a través de los cuales se evalúan las opciones de la gente, los servicios tienen alguna forma de estímulo o de desestímulo en función de que la gente efectivamente los elija.

En nuestra historia universitaria es muy parecido a la lógica de la cátedra paralela. Era como un “mercado interno”, cada profesor mandaba su mensaje, la gente lo recibía y optaba por una cátedra, aunque siempre había algún desprevenido que caía en la incorrecta. A nosotros eso nos desestructura porque nos gustaría estar en una oficina y en ella hacer “*la red de referencia y contrarreferencia de la Secretaría de Salud de Rosario*”; sin embargo, las redes reales son éstas, las que ustedes pueden construir en términos vinculares.

Hay ideas que obturan una es la de los canales únicos sin opción, que dan a la gente la sensación de que tiene menos poder.

Hay muchas redes que están ofreciendo a la gente opciones. No hay nada que nos impida a nosotros desde el sector público ofrecerle a la gente opciones. Nosotros ejercemos opciones frente a un paciente no tenemos la

misma conducta, internamente decimos “esto se lo van a resolver mejor en aquél hospital”, a veces ignorando la norma que dice que debo mandarlo a otro efector. A esta lógica también la puede tener el paciente, el ciudadano, y en esta lógica dar opciones puede ser construir ciudadanía, darle a la gente más poder que significa involucrarse y relacionarse de otra manera e incluso le permite mandarnos señales claras de lo que prefiere y de lo que no prefiere.

Inmediatamente ustedes me pueden decir que la competencia puede destruir y sin lugar a dudas puede hacerlo. ¿Cuándo es que la competencia no destruye? Cuando se **compite bajo reglas** de juego claras. La diferencia se establece entre la competencia bajo reglas y la competencia sin reglas. Es como la diferencia entre el box y agarrarse a trompadas en la calle, parece incluso que el box nació para que la gente no se agarre a trompadas en la calle, es decir, no fue un deporte sino que fue una estrategia para sacar a los chicos de la calle que se agarraban a trompadas y crear una serie de reglas. Toda esta regulación, que impide por ejemplo que un tipo de 100 kilos peleé con uno de 40, permite que el juego continúe. Incluso que se genere entrenamiento físico, formaciones, etc.

Esta lógica de competencia regulada muestra que un concurso bajo reglas claras es un concurso positivo. (Por lo contrario, un concurso donde *se sabe quién va a ganar*, no necesariamente por méritos, no estimula a nadie. La competencia sin reglas puede llegar a una escalada de la competencia que termina destruyendo a todas las partes).

En nuestra lógica aparece *implícita* la idea de competencia. Sucede como con el sexo, “*de eso no se habla*”; que no es lo mismo que decir “*eso no se practica*”. Entonces, decir que la competencia “es un tema de los otros” sería como no asumir una parte de nosotros. Y no sólo esto, algunos autores están construyendo la idea de **co-competición**, que quiere decir que uno con las mismas personas a veces coopera y a veces compete y puede suceder en los mismos escenarios y al mismo tiempo.

En esta lógica hay cosas de las que no se habla, que valen la pena o es necesario hablar, que tienen que ver por ejemplo con que hay competencia, hay celos, hay méritos, hay expectativas, hay gente que en un momento dado deja de colaborar y uno no sabe por qué, y en realidad estaba en competencia por algo que creía que merecía, no lo obtuvo y a partir de ahí siente que no quiere más colaborar y empieza a trabajar a reglamento “*me atengo sólo a lo básico*”. En la colaboración está implícito una voluntad de colaborar, una libertad de colaborar o no, yo podría no colaborar y nadie me podría decir nada porque la fase colaboración es voluntaria. Este tipo de situaciones se da muchas veces, hay un grupo *bárbaro* de diez personas, que eran como hermanos, pero acaba de salir la posibilidad de un viaje para dos, hasta el día que se decide quiénes van el grupo mejora y el día que se decide quiénes van hay dos que mejoran mucho y ocho que dicen “*no me pidan nada*”. Este tipo de cosas forma parte de nuestra vida cotidiana. Es mejor saberlo que no saberlo, es mejor decirlo que no decirlo, para evitar que nuestra idea de redes aparezca como idealizada, las redes son de personas concretas, de nosotros que tenemos nuestros méritos y nuestras miserias y a todo junto lo ponemos en juego en nuestro trabajo.

Hay una situación extrema, sobre la cual también tenemos que hablar, es la **situación de conflicto**. A través de estos conceptos que estoy planteando ahora, estoy claramente llamando a *des-idealizar* nuestro ejercicio. A este ejercicio hay que hacerlo pero asumiendo que existen estas cosas. La palabra conflicto evoca también un vínculo, es decir, el conflicto es una obturación de la red, es un *infarto de la red*. En la práctica el conflicto es vincular, con muchísima energía negativa y con posibilidad de mucho sufrimiento. La palabra conflicto encierra las dos raíces, primero “con” que quiere decir que tiene que haber por lo menos dos para que haya conflicto y aparte “aflige”, se lastima, se daña, porque hay mucha energía negativa involucrada en el conflicto. Muchas veces las personas no pueden salir del conflicto porque no es fácil de manejar, o a veces la gente no sabe que el conflicto existe. Esto nos lleva a la idea de que el conflicto es una eventualidad que debe ser permanentemente prevista en las redes, porque de alguna manera la imagen de conflicto es una eventualidad de obturación de la red.

Esto puede ocurrir en una red de agua como en un servicio de salud. El infarto puede producirse en varios lugares y hay lugares que son más letales que otros. Entonces en la red el conflicto opera como un infarto, pero no sabemos qué tan vital es lo que obtura, podría bloquear el sistema de información o el de suministro. Imagínense que yo, director de un hospital, no sé que mi jefe de farmacia está en conflicto con el que se ocupa

de la provisión central, yo no sabía por qué, pero en realidad no me llegaban los pedidos de medicamentos; lo que pasó es que la circulación de toda la red se obturó en un punto crítico.

Las personas que están involucradas en el conflicto muchas veces son las que tienen menos posibilidades de resolverlo, cuando se entra en un conflicto se empobrece el pensamiento porque el conflicto inflige, daña y en consecuencia este pensamiento se obtura, nadie sale racionalmente de un conflicto.

Muchas veces el conflicto va tendiendo a resolverse solo, pero en realidad, en redes tan grandes, hay que empezar a imaginar que necesitamos una función nueva, que es lo que se llama **mediación en el conflicto**. Probablemente una de las habilidades fundamentales en esta tarea nueva que sería de gestión de redes es la capacidad de mediación. En la capacidad de mediación, la primer tarea consiste en detectar el conflicto. Tarea que nos coloca frente a una situación nueva o adicional ya que el conflicto puede ser también conflicto larvado. El conflicto larvado es probablemente la situación más riesgosa de todas las que atraviesa una institución, porque empieza a minar las energías institucionales sin que en la práctica uno sepa exactamente por qué. Cuando uno se encuentra en una franca situación de desproporción entre esfuerzos y resultados, se tiene la sensación de que se trata de una avestruz que pone huevos de gallina -semejante esfuerzo para tan poco resultado. Es probable que una situación de conflicto larvado esté literalmente minando la energía institucional. Para usar una metáfora mecánica, cuando la batería “hace masa”, en algún lugar hay un punto de contacto que está vaciando la energía. Un conflicto larvado puede vaciar la energía de una institución.

Paradojalmente, cuando un conflicto larvado logra hacerse manifiesto, la situación suele mejorar. Aunque sea mucho más desagradable el conflicto manifiesto que el conflicto larvado. Nosotros venimos de una cultura “*de-eso-no-se-habla*”, se resuelve por otro lado, pero el tema de poder hablarlo y poder contenerlo socialmente cambia las condiciones del conflicto. Es el conflicto manifiesto el que empieza a admitir las posibilidades de mediación, porque antes el conflicto “no existe” y entonces quién va a mediar si no existe. A partir de que el conflicto se asume, empieza a ser “administrable”.

En este sentido existen técnicas, actualmente hay libros enteros que hablan sobre mediación, el proceso de mediación es una tarea delicada y cuidadosa que no está dado sólo por las habilidades de las personas. Cualquiera de nosotros puede ser mediador, pero no porque tenemos las habilidades, sino porque la situación nos coloca favorablemente en esa posibilidad. Por ejemplo se tiene que tener capacidad de **interlocución** con las dos partes que están en conflicto, capacidad de construir **neutralidad**, ambas partes deben saber que cualquier cosa que se diga no se está diciendo contra nadie. La justicia no produce en sentido estricto verdad, sino un dictamen que, en términos generales, tiende a ser lo menos intencionadamente sesgado en un lado o en el otro, lo más importante de la justicia - no de la que tenemos sino de la que deberíamos tener - es que construye neutralidad, no es no equivocarse, lo que la destruye es que sea sospechada de parcial. Muchas veces la tarea de una jefatura incluye esto, terminar haciendo mediación de conflictos a veces muy primarios, otras veces le toca trabajar en litigios territoriales, en conflictos de parte. Nuestras estructuras que son jerárquicas tienen desventajas, en el sentido de que muchas veces la participación de la gente depende de que logremos reducir el peso de la dimensión jerárquica de las instituciones.

Esto nos remite al tema del poder. Y no debemos idealizar la idea de una organización sin poder, en realidad **el poder es inherente a la organización**. El poder de la organización tiene que ver con los vínculos y los vínculos también tienen que ver con las relaciones de poder. Claro que imaginamos y queremos una organización que tenga vínculos democráticos y que, en consecuencia, tenga conducciones democráticas. Esa organización que tiene vínculos democráticos administra el poder como un recurso más y éste es un típico caso de uso positivo del poder, porque estaríamos usando poder para resolver conflictos y para mediar con lo cual *desobturamos* eventualmente lo que podría ser un infarto en la red de circulación que estamos construyendo.

Hay una anécdota que quiero evocar. Después de una reunión de red de servicios en Capital Federal, en un momento dado se conoce casi como al pasar que un hospital había decidido cerrar para pintar durante tres semanas la maternidad. Una maternidad que atendía alrededor del 20% del total de los partos de la ciudad se había cerrado unilateralmente, sin avisarle a nadie y la gente seguía hablando de redes. La redes no las tenemos que ver como que “*hoy nos reunimos y programamos las redes de los próximos cinco años*”, redes es un concepto de gestión a tiempo real. Hoy, en este momento, a esta hora, se puede estar arruinando un equipo en un lugar que hace que el flujo de circulación de pacientes en un sentido tenga que ser cambiado y mucho más cuando el cierre es voluntario, como pintar una sala. En ese momento la gente dijo “*mire, si vamos a seguir*

hablando de redes hagamos aquí un acuerdo concreto, que nadie cierre voluntariamente un servicio sin avisar un mes antes al resto de la red, por lo menos". Quizás el primer elemento sensato de red que se discutió en toda la reunión.

Esto nos coloca en la idea de **deconstrucción** de redes. Necesitamos un trabajo arduo de deconstrucción de redes. Esto significa que quienes nos involucremos en esta compleja tarea vamos a tener que estar todo el tiempo alerta monitoreando y gestionando las redes, pequeñas o grandes, en las cuales estamos involucrados. Hay acuerdos que son "*fantásticos*", utilísimos, etc., pero si no se hace gestión y seguimiento de ese acuerdo, lo más probable es que se caiga.

En un momento dado vamos a tener *alertas* y hacer incluso planes de contingencia, posibilidades de decir "*esto va a circular así*", pero va a circular así *siempre y cuando no haya un problema*, si hay un problema tener prevista otra cosa. Las redes necesitan ser cuidadas, monitoreadas, trabajadas, aceitadas, *by-passeadas* en algunos casos, para mejorar la capacidad de respuesta, explorar y ensayar otras alternativas, generar opciones. Entonces se nos abre un mundo de capacidades, porque yo ya no tengo que trabajar en un puesto fijo, no es decir "*yo trabajo de arquero y tengo que atajar todo lo que viene*", sino, yo trabajo de arquero hasta cierto punto, tengo una alternativa. Por ejemplo, si mi capacidad de internación está completa, habrá quien piense, con la lógica de antes, "*venga lo que venga no tengo cama*". En nuestra lógica, si descubro que el 70% de los pacientes que están internados no requieren tanta complejidad, se me puede ocurrir evacuar las camas a servicios de menor complejidad, para dejar capacidad instalada en la unidad de servicios más compleja. Estos mecanismos flexibles de circulación nos colocan frente a la sociedad de Rosario en una lógica distinta, toda la ciudad de Rosario ve como que toda la infraestructura está a su servicio.

No estamos hablando aquí de redes voluntarias, por ejemplo redes de ONG, sino que estamos incorporando redes voluntarias dentro de alguna estructura organizacional. Es decir, estamos hablando en este caso de participantes que tienen mandatos institucionales. Nuestra posición en la sociedad no es sólo la de ciudadanos, alguien podrá ser, además de ciudadano, funcionario, trabajador de una institución, etc, que tiene que generar respuestas institucionales.

Empezamos entonces a abordar las diferencias entre las lógicas de redes *en sí* y redes *para*. ¿Por qué vamos a hacer redes?, porque nos gusta hacerlas sería la lógica de la **red en sí**. De todas maneras la red en sí es un valor, porque cuando hablamos del poder de las organizaciones, su capacidad vincular era su poder, de alguna manera la red en sí no es un objetivo espurio, podríamos decir que es un objetivo insuficiente, pero la red de por sí cambia la forma de funcionamiento y da una capacidad de respuesta diferente, podríamos decir que genera espacios de trabajo más agradables.

Pero nosotros tratamos de ir aún más allá, estamos trabajando la idea de **redes para**. ¿Qué significa redes *para*? Significa que este modelo de organización que nos estamos proponiendo tiene que validarse bajo la hipótesis de que vamos a ofrecer mejores servicios a la gente, de que vamos a resolver los problemas de la gente que ahora no resolvemos, de que vamos a lograr algún impacto sobre el conjunto de los problemas de salud de la población de Rosario. A partir de esta hipótesis es que estamos diciendo redes *para*, no redes *en sí*. Se darán cuenta que siempre estoy hablando de redes en plural, con esto quiero decir no solamente que puede haber muchas redes sino, incluso, que cada uno de nosotros puede participar en más de una. A lo mejor podríamos imaginar la totalidad de la organización como una red de redes, y en el sentido de país podríamos decir que esta red de redes es red de otras redes.

Enfatizando la idea de red *para*, empieza a aparecer el concepto de **visión**.

La mayor parte de los conceptos que estamos utilizando tienen que ver con una reconfiguración de herramientas viejas que habíamos usado en el campo de la planificación, hay mucha relación entre lo que estamos hablando y la **planificación estratégica**. El mismo concepto de planificación estratégica está cambiando, probablemente en una de las dimensiones más interesantes en la que está cambiando es que ha salido de la dimensión racional exclusiva. Casi todas las herramientas que estamos desarrollando en estos momentos imbrican las dimensiones racionales, emocionales y valorativas, las articulan de una manera distinta.

El concepto de **visión**, que también es un momento de la planificación estratégica, es un concepto donde se pone en juego todo esto. La visión no es solamente un ejercicio racional, no es sinónimo, a pesar de que se parecen, a formular objetivos. Es un ejercicio un poco más integral, casi todos los momentos los estamos

tratando de significar en el involucramiento integral de la persona, en sus valores, en sus emociones, en su racionalidad e ideas. Entonces, el concepto de visión es un concepto fundamentalmente de naturaleza proyectivo, un conjunto de personas, institucionalizadas, no institucionalizadas, vinculadas, interrelacionadas, en lazos de colaboración o en situaciones de cooperación que están discutiendo, se están empezando a preguntar qué queremos lograr.

A todos nos tensa que alguien nos pregunte: “¿usted qué quiere lograr?”, porque esta pregunta nos abre un espacio, nos hace recordar que somos personas-proyectos, somos personas que procuramos o buscamos cosas. A la pregunta ¿qué queremos lograr?, inmediatamente le sigue la pregunta íntima ¿qué quiero lograr?. Cada persona, que está relativamente fija, rígida o sobreestructurada en una posición, ante una pregunta como ésta experimenta una pequeña tensión, en cuanto la coloca en un sentido proyectivo, no estoy hablando sólo de las personas sino también de los proyectos. Al abrir el debate de las expectativas esto desplaza a cada una de las personas de su centro, se la coloca en un vector de tiempo, el tiempo recuerda que somos sujetos históricos, en consecuencia nos estamos moviendo en el tiempo, nos desestructura en sentido histórico.

Al generar esta pregunta, las personas pueden hacer una proyección y decir lo que quieren lograr.

Esto, con respecto a la persona opera como una proyección, casi en el mismo sentido que nos referimos a un aparato de proyección, está el proyector y lo proyectado en la pantalla. Aquí, la persona es el proyector, la visión es lo proyectado. ¿Qué es lo que cada persona proyecta? Cada persona se proyecta *integralmente* en la pregunta, no sólo *intelectualmente*. Sí se proyecta intelectualmente en la lógica de los objetivos, porque los objetivos se tienen que formular racionalmente. Pero puedo proyectar cosas que involucren elementos valorativos: “yo quisiera ser justo”, puedo proyectar cualquier cosa o puedo proyectar todo lo que soy y pongo en juego todo mi ser en esto. Entonces, proyecto ideas, proyecto sentimientos, proyecto valores, esto en nuestra cabeza está todo junto.

En esta idea de qué queremos lograr cada uno, se comienza a proyectar. Cada proyección - ideas, sentimientos y valores - va a darnos una especie de material, la conversación va generando un cierto **material proyectivo** a partir de la idea de lo que queremos lograr. En esta idea, en las primeras intervenciones las personas dicen lo que hubieran dicho antes de estar en este ejercicio, pero en las intervenciones siguientes empiezan incluso a tomar como material las intervenciones previas. Quiere decir que a medida que avanzan las intervenciones, las personas no dicen lo mismo que hubieran dicho antes de empezar esa reunión, sino también, interactivamente, en función de lo que han escuchado antes, las opiniones empiezan a influirse recíprocamente, las intervenciones empiezan a influir en las intervenciones que siguen. Así empiezan a generarse intervenciones de todo tipo, algunas muy *disparadas*, otras muy importantes que cambian el centro o la óptica de la charla.

A partir de estas intervenciones progresivas se van armando conversaciones, y tengo que ir generando el desplazamiento del “yo” al “nosotros”, qué quiero lograr es una cosa, qué queremos lograr es otra cosa. El “qué queremos lograr” es absolutamente difícil de contestar al principio. Luego de un tiempo de funcionamiento, uno empieza a sentir que las intervenciones son más *pertinentes* porque está la intervención que se construye encima de esta proyección y las personas empiezan a detectar naturalmente que hay zonas de densidad, empiezan a atestar estas zonas haciendo propuestas que incluso absorben en parte las propuestas anteriores. De tal manera, quedaría la sensación de que en las últimas propuestas alguien logra como pararse arriba, como si se hubiera ido haciendo una especie de telaraña de intervenciones y conexiones, donde alguien pudiera pararse arriba de esas y todavía hacer una intervención que englobe las otras. Este ejercicio, como se darán cuenta, no es un ejercicio intelectual, es integral porque abarca todas las dimensiones de nuestras proyecciones. Este ejercicio culmina en la medida que se logra, eventualmente, atrapar en una imagen, en una frase, en un sentido de síntesis, la expectativa de la gente.

En sentido estricto, la visión no se construye o se inventa, **la visión se descubre**, es una tarea de descubrimiento porque lo que logra finalmente plasmar es el deseo colectivo que ya estaba ahí. La tarea consiste, justamente, en ir sacándolo y encontrando los puntos de interacción, saber cuáles de esos deseos son deseos comunes; el valor político de esos deseos comunes es enorme.

Este ejercicio tiene muchos bemoles porque, en primer lugar, está bastante claro que esta proyección llamada visión es una producción del grupo, de tal manera que el grupo produce la visión en la medida que descubre los deseos de las personas que están allí. Pero lo que resulta quizás más llamativo o paradójico es que

una vez que el grupo logra hacer este ejercicio, la visión constituye al grupo, porque al final el grupo es un conjunto de personas con un objetivo común, si las personas no logran descubrir la visión de alguna manera no logran constituirse como grupo. En este caso a este grupo lo estamos llamando red. Si esta red consigue proyectar una visión consensuada, esta visión consensuada a su vez va a constituir la red.

Nosotros no podemos saber, aunque se logre la visión, cuánto tiempo va a durar, porque como cada una de las personas cambian y las redes mismas van funcionando, puede ser que este ejercicio de visión hubiera que revisarlo. Significa que esta visión puede constituir a la red por mucho tiempo o bien en un momento dado un evento la pone en crisis y hay que pensarla de vuelta. Nosotros podemos hacer una red de referencia y contrarreferencia en un sentido y no habíamos incluido un servicio que ahora emerge.

La visión tiene que ver con nuestros deseos, con nuestras expectativas que proyectamos hacia el futuro, pero debe imaginarse, debe pensarse como posible. Por eso se llama visión. Uno desea lo que ve, por eso no puede desear lo que no ve. Para tener un elemento proyectivo hay que tener una visión, al compartir una visión estamos viendo algo y en consecuencia podemos desearlo. Si alguien dice “yo entendí lo que dijimos acá, pero no me lo puedo imaginar”, a esa persona no le funciona como visión, yo tengo que poder preverlo, poder ver.

Es decir, la visión tiene algunos rasgos que son importantes de considerar:

- en primer lugar y obviamente por la misma constitución del ejercicio, la visión es **deseable**, logra plasmar los deseos colectivos, consigue depósito de deseos colectivos.
- En segundo lugar la visión es **posible**. No significa que las personas deban atenerse a imaginar sólo lo inmediato. Significa que si yo tengo la idea íntima de que esta visión no es posible, tengo un obstáculo para verla y si tengo un obstáculo para verla no es una visión. Con frecuencia utilizamos como analogía la de un barrilete, si uno remonta un barrilete cuanto más alto mejor, pero lo que importa es no cortar el hilo, cuando se corta el hilo de posibilidad es cuando esta visión deja de funcionar, en ese momento no ayuda nada que uno quiera subir más el barrilete, por lo que es mejor que baje, volverlo a atar y empezar de vuelta. Entonces se refiere, no a que sea técnicamente posible sino que todas las personas que están en este grupo constituyendo esta visión crean que es posible y muchas veces cuando yo argumento algo y detecto que la gente piensa que no es posible, argumento por qué creo que es posible. En muchos casos no tengo que convencer a la gente sobre la visión sino que tengo que convencerla que es posible, porque de lo contrario no va a funcionar como visión.
- Parte del monitoreo de las redes consiste en que las redes son **abiertas**; esto significa que en todo momento las redes tienen que estar pensando en la incorporación de nuevos miembros. Las personas que se incorporan, se van a involucrar más a fondo a punto de compartir la visión. Incluso cuando entra un actor significativo a una red, hay que volver a hacer un replanteo, como un ejercicio para construir una nueva visión, la gente no se va a involucrar en una visión prestada.
- Otro rasgo es que esta visión es **comunicable**. Para que la visión opere como tal, tiene que ser altamente comunicable para que al mismo tiempo pueda estar depositada en la gente. En esta Secretaría hay una visión muy clara de lo que se quiere lograr. Alguien me podría decir “está escrito en tal documento”. Yo le contestaría que no quiero el documento, lo que quiero es pasar este micrófono y preguntarles a ustedes, el único lugar para poder depositarlo es en la cabeza de la gente, en tal caso el documento cuanto más comunicacional mejor. Yo puedo poner una visión que es absolutamente compleja, entonces ya sé que nadie la va a recordar, yo mismo hice un *boicot* a la posibilidad de construir consenso. La visión tiene que ser comunicable y a partir de que es comunicable tiene que ser comunicada y tiene que vivir en la cultura colectiva. En este sentido los documentos son instrumentos, pero la visión está en la cultura y en consecuencia la visión tiene que ser efectiva. Efectiva en este caso significa que la visión produce efectos, si yo tengo una visión muy cómoda y muy confortable pero que no produce ningún efecto estoy obligado a repensarla.
- Hay otro concepto necesario. Se conecta con el tema del **conflicto**. Muchas veces, en el ejercicio de la visión y de la construcción de los acuerdos, emerge un disenso inesperado. Esto es porque detrás de la visión hay un **compromiso** y frente al compromiso de repente no tengo más remedio que explicitar mis intenciones, jugarme. La visión trae implícito un **compromiso**, por lo cual a veces el producto del ejercicio de la visión es la emergencia de un disenso y un conflicto, que pasa de ser larvado a manifiesto. Si eso se produce, en sentido estricto, no se perdió el tiempo o el ejercicio, porque podemos reconstruir la visión

como un ejercicio nuevo, ahora desde la diferencia. Las diferencias y la heterogeneidad en este caso dejan de ser un obstáculo, algo indeseado, en cuanto nos permite reconocer que esta red es heterogénea y construye consensos desde la diferencia, no desde la homogeneidad. El ejercicio de la visión estaba obturado porque había un disenso que no se había podido manifestar.

En consecuencia el ejercicio de la visión tiene dos complejidades: por un lado es difícil porque me obliga a proyectarme **integralmente**, no sólo intelectualmente; la segunda complejidad es que también tiene **resistencias**. Pueden ser resistencias que incluso yo no sabía que las tenía, pero que salen a partir del ejercicio. El grupo de alguna manera tiene que prepararse para contener esto, para ayudarse recíprocamente en la búsqueda de la solución.

Hay otra idea respecto a la visión; como cada una de estas personas se transforma en una persona vector, cuanto más **convergencia** y más afinidad haya entre los vectores, más cerca en el tiempo van a poder colocar la visión. En este ejercicio de la visión no ponemos plazo, queda abierto, porque cuanto más disenso haya, más se les va a alejar en el tiempo la visión. Importa, para constituirse como red, encontrarla en algún punto. Recordemos algo de la matemática, esto de que las paralelas se encuentran en el infinito. En caso de que no haya ninguna convergencia, el acuerdo estará en el infinito.

El ejercicio entonces trata de responder la pregunta ¿qué queremos lograr como red en nuestro contexto?. En este caso lo haremos con la ciudad de Rosario.

☞ *Lo preocupante es que si algo debe incorporarse en la población como un hecho cultural, por ejemplo que el control prenatal es importante, eso lleva tiempo. Y si uno quisiera hacer una campaña de difusión para que la población incorpore o cambie un hecho cultural, tiene que ser muy sostenida en el tiempo, las campañas breves no sirven. Por eso este tema de la visión, si vamos a incorporar la necesidad de trabajar como redes como un elemento de cambio, ¿qué tiempo lleva esto?*

Dr. Rovere:

A la pregunta me gustaría aliviarla en el sentido de un proceso que empieza y termina. En primer lugar porque desde que nos sentamos aquí a conversar ya había redes, incluso podríamos monitorear el enriquecimiento o el empobrecimiento de los vínculos o de las redes. Y antes de que nos sentáramos aquí a conversar había visión, porque hay un conjunto de elementos proyectivos que ya están presentes, desde los **mandatos implícitos de la cultura institucional**. Si yo entro a trabajar a un hospital, éste me *culturiza*. Como yo quiero pertenecer y que me hagan sentir que soy uno más, rápidamente me pongo a ver cómo operan los otros. La cultura es formadora. Tal es así que se ha estudiado que personas que trabajan en dos lugares distintos tienen dos comportamientos diferentes, organizacionales y hasta profesionales. De tal manera que el peso de la cultura es muy grande, porque no me quiero desalinear de lo que hace el conjunto. Entonces la institución me culturiza - o yo me culturizo para tratar de incorporarme a ella - Operan los mandatos históricos de la institución. También operan las políticas, se intenta que una parte de las políticas se estructuren como visión.

Hay elementos que también serían como la **misión institucional**, es muy difícil que al trabajador se le pida que defina la misión, porque en términos generales la misión nos es dada. En este ejercicio definimos la visión *que no puede darse fuera de los marcos de determinación de la misión*. Nosotros no podemos ponernos de acuerdo y decidir aquí que “no vamos a brindar más servicios de salud”. Ello está contra la misión institucional. Quizás sea un ejemplo muy grosero, pero debe resultar claro. Sí podemos construir una visión dentro de una misión institucional que es el encargo de la sociedad que es un encargo genérico y la visión va a ser un encargo más específico.

Volvamos ahora a la **lógica de los proyectos**. Los proyectos tienen la función de cambiar estructuralmente algo, tienen que llegar y dejar las cosas distintas de como las encontraron, no cambiar funcionalmente sino cambiar estructuralmente algo. Uno de los factores estructurales más difíciles para que los proyectos se identifiquen como estructura cambiada es la cultura. Muchas veces en los modelos pensados desde una planificación idealista, uno se imagina que va a cambiar las cosas porque cambia un jefe, pero en realidad si no se involucra en un proceso mucho más amplio de cambiar la cultura institucional, evidentemente no lo logra. Un caso muy típico fue lo que ocurrió hace unos quince años cuando salieron al mismo tiempo al

mercado las normas nacionales pediátricas y las normas del hospital de niños. Las dos normas eran hasta parecidas porque autores de uno estaban en la otra, pero la primera era una norma vinculada al poder, eran del Ministerio de Salud de la Nación, y la otra estaba vinculada al saber, era el Hospital Gutiérrez. Cada uno de los pediatras, en cada rincón del país, que en el fondo quería trabajar en el Gutiérrez y no donde estaba, aplicaba a rajatablas las normas del hospital de niños hasta el absurdo que incluía darse cuenta de que no tenían los recursos del hospital de niños. Esas normas que entraron por la cultura fueron muchísimo más eficaces que las que entraron por el poder. Cambios de la cultura son cosas de este tipo. Los laboratorios lo saben muy bien, saben que en cada grupo de especialidad hay un formador de opinión, no distribuyen su recurso a cada médico por igual, apuntan a los formadores de opinión, tratan de generar una cultura para que parezca normal el uso de un medicamento y no otro.

En concreto, en el ejercicio que vamos a hacer ahora, la máxima aspiración sería que produzca un escalón, pero en sentido estricto deberíamos saber que el acuerdo que podríamos eventualmente lograr, el mejor acuerdo que podríamos lograr, es provisorio. Significa que más importante que lograr el acuerdo, es aprender la mecánica para construir acuerdos, para después poder incorporarla en un determinado ámbito de trabajo, donde se encuentren los que pueden decidir, o en donde haya una masa crítica de personas que puede construir acuerdos. La propuesta es hacer el ejercicio y al mismo tiempo aprender cómo se van construyendo las instancias. La visión de las redes va a llegar a lugares donde la política no puede llegar.

👉 ¿Se puede ampliar la afirmación de que en las organizaciones democráticas, en esta lógica de construcción de redes, el poder es un recurso a manejar?

Dr. Rovere:

Sabemos que las redes son vinculares, que nos constituimos como sujetos en redes. Sabemos que el poder es funcional, incluso hasta para constituirnos como sujetos, nacemos casi totalmente vulnerables. Las relaciones de poder son también nutrientes porque al mismo tiempo nos limitan y nos posibilitan, hay como una transacción, es un contrato que tiene ganancias y pérdidas pero las ganancias son más que las pérdidas. En esta estructura vincular pasa como en casi todas nuestras relaciones en redes, y las redes no son totalmente horizontales, son también redes que nos atraviesan verticalmente, en esta dimensión es cuando parece que el poder se ve más, sin embargo ahí también hay problemas de poder en el sentido horizontal, por ejemplo cuando se habla de autoritario, también puede haber grupos autoritarios. La idea de democracia no es la idea del no poder, sino que es la idea de construcción de poder a punto de partida de fenómenos de delegación, que en sentido estricto son préstamos. Préstamo significa que en determinado momento un grupo puede definir a alguien que coordine, esta persona que coordina lo hace por un préstamo depositado por el grupo que le presta poder. Hay que aprender que uno siempre tiene poder prestado. Ese poder prestado uno lo utiliza en beneficio del grupo, la eficacia en el uso del poder prestado me legitima para seguir renovando el crédito que el grupo me está dando. En este caso cada uno juega su rol sabiendo que tiene diferente capital en términos de relaciones de poder para invertir, pero también sabiendo que éste es un recurso para la institución, que no es un atributo que me lo dan a mí y yo empiezo a usufructuarlo como si fuera ahora un atributo mío.

Volvemos entonces al ejercicio. Lo trabajaremos con la idea de **orientación metodológica**. Lo que proponemos es formar redes institucionales. Ya hemos dicho que las redes están abiertas, quiere decir que cualquiera de ustedes puede decir *“mi red no termina en la institución, yo estoy en tal centro de salud y en él tengo un consejo vecinal que forma parte de mi red”*. De todas maneras los que estamos reunidos aquí, básicamente, conformamos o tenemos la potencialidad de conformar redes funcionales de carácter institucional, que no son redes en sí, sino que son redes *para*. Si armamos un límite institucional, será un recorte artificial que va a ser atravesado todo el tiempo por otros vectores extrainstitucionales.

Todos los que pertenecemos a ella estamos con posibilidad de formar redes, pero esta red nos junta a una tarea que tiene que ver al menos con dos cosas: lo que queremos lograr afuera de la institución y lo que queremos hacer adentro de la institución para lograr lo de afuera. Si definimos una red de Desarrollo Infantil, sabemos que el desarrollo infantil no se hace adentro de la institución sino que el escenario natural es la sociedad. Si hablamos de salud de la mujer, no estoy hablando de lo que pasa en las instituciones, lo que pasa

en ellas es una intervención lateral y marginal de la problemática de la salud de la mujer. Incluso cuando hablo de redes de gestión, redes de diagnóstico y tratamiento, también estoy hablando de redes que tienen que ver con algún resultado en la salud de la población.

Nuestra perspectiva institucional es probable que nos cierre esta mirada y que nos dé la idea de que tenemos que lograr una visión dentro de la institución. El riesgo ahí sería generar redes en sí y no redes *para*, quiero decir que al final todas las redes que constituyamos tienen que tener algún *para*.

Lo que estaríamos sugiriendo es que todos los grupos construyan una visión que tendría dos párrafos: un párrafo dirigido a decir qué queremos lograr en la sociedad y otro párrafo dirigido a decir qué vamos a hacer nosotros o qué queremos lograr en la institución que haga posible lograr esto en la sociedad, en este orden. Pero hay una complejidad que se nos presenta ahora ¿qué red?

En este nuevo ejercicio se reabre la posibilidad de constituir grupos, que pueden conformarse en forma diferente a la anterior. Segundo, se reabre la posibilidad de crear una red nueva, un eje que convoca a muchos participantes, pero que no había sido planteado previamente. En este caso, por regla de juego, va a convenir organizar redes de acuerdo a los problemas de la gente que se asiste. Algunas de estas redes surgen con toda facilidad, como la de problemas materno-infantiles. Otras, como las de diagnóstico y tratamiento van a tener más dificultades, en cuanto los límites parecen más difuminados o su organización en torno a los problemas de los pacientes parece menos clara.

Está implícita la lógica de servicios finales y servicios intermedios, en salud algunos trabajan atendiendo a la gente son los servicios finales, otros trabajan atendiendo a “gente que atiende a la gente” son los servicios intermedios. Quienes están en una posición donde su cliente es interno, como es el caso de ciertos servicios de diagnóstico, probablemente van a tener que hacer un ejercicio de visión subdividido, de acuerdo a quiénes son los que solicitan nuestros servicios.

La idea es conformar redes de Desarrollo Infantil, Salud Mental, Salud de la Mujer, Urgencias, Comunicación social, de Diagnóstico y Tratamiento, de Gestión y Administración. De acuerdo a los grupos que trabajan en este ejercicio se pueden crear diferentes redes que estén dirigidas a los problemas con los cuales tienen que enfrentarse los diferentes grupos. Pero la lógica es que se realice un corte por un plano de clivaje diferente a la atomización por institución, que lleva al aislamiento de cada efector. Estamos hablando de redes y de ejercicios comunicacionales que tienden a favorecer esta interacción entre organizaciones o efectores que normalmente se hayan algo aisladas.

Los participantes de estos encuentros pueden sugerir que se formen diferentes grupos, para que el ejercicio sea más pertinente, es decir que tenga efectivamente relación con los problemas que se tienen que enfrentar. Una posibilidad sería formar una red interior a la organización, etc. Pero ello debería surgir de una instancia de reflexión del grupo, que es quien conoce la naturaleza de los problemas que se enfrentan. Ahora pasamos a la instancia grupal, donde los grupos deliberan y posteriormente lo ponemos en común en plenaria.

TRABAJO DE GRUPOS

(Se trabaja durante aproximadamente una hora en grupos formados como se indicó, de acuerdo a los problemas de la población asistida y a los 7 ejes definidos)

Salud mental
Salud de la Mujer
Comunicación social
Urgencias
Desarrollo Infantil
Diagnóstico y Tratamiento
Gestión y Administración

Reunión plenaria

El trabajo de la plenaria, que vamos a hacer ahora, no tiene posibilidad de ser considerado como verdadero o falso, esto es la producción de los grupos directamente. Al escuchar el aporte de cada grupo empiecen a imaginarse un segundo ejercicio, que en algún momento vamos a tener que hacer, que es ¿qué visión tendría la red de redes?. Esto se puede hacer como mero ejercicio o como tarea para su unidad, su centro u hospital. Pero ahora reparemos que en todos los casos hay organizaciones que son más complejas, por agregación de organizaciones más simples. La más compleja que hemos imaginado hasta acá - pero hay más complejas - es la red de redes, que en la práctica se llama Secretaría de Salud de la ciudad de Rosario. Así como hemos analizado la visión de cada red, podríamos analizar qué visión tendría el conjunto de la red, o sea la red de redes.

Entonces, cuando escuchemos las visiones de cada una de las redes, de alguna forma vayamos registrando ideas que parezcan más universales que estas redes específicas. Puede ser que el grupo de Urgencia en un momento dice algo que en realidad no se aplica sólo a dicha red. Qué ideas podrían exportarse a un escalón superior en lo que se refiere a la lógica de red de redes. Porque lo que tenemos que encontrar luego es una visión del conjunto, en nuestro caso de la Secretaría. Vamos a comenzar la plenaria con Salud Mental.

Grupo Salud Mental

Salieron muchas ideas, algunas disímiles. Tratamos de pensar Salud Mental como algo que no es exclusivo de una especialidad, como que SM nos concierne a todos. Pensando a partir de las necesidades de la población y en función de los servicios. Si bien no podemos trazar una línea que divida lo que necesita la población y lo que ofrecen los servicios, porque esto se interrelaciona, intentamos como ejercicio, hablar de dos perspectivas: la de la población y la de los servicios. Con respecto a la población quisiéramos contribuir a que sea capaz de construir lazos solidarios entre sí y con los servicios que disponen para tramitar sus problemas. Esto incluiría transformar a la población en un sujeto capaz de identificar o crear redes entre sí a través de organizaciones barriales, de clubes, gente que se reúne en el bar o una agrupación religiosa, y que permita detectar o elaborar problemas que hacen a la Salud Mental y tratar con los servicios que disponemos en Salud. Que la población tenga accesibilidad, que pueda disponer y apropiarse, cuando aparezca un problema, de todas las respuestas que pueda ofrecer esta estructura.

Hablamos de que el objetivo sería un descenso continuo de las enfermedades mentales que están bastante caracterizadas y también aquellas enfermedades que serían expresión de procesos sociales que incluirían a la Salud Mental (el alcoholismo, las adicciones, problemas de violencia familiar).

Desde los servicios, Salud Mental debe comprender también al enfermero o al médico que trabajan en una sala general. Es decir, empezar a cambiar este concepto de que Salud Mental es cuestión del psicólogo o el psiquiatra sino que es de todos y que existirían tantas respuestas posibles como tantos problemas posibles. Esa complejidad en cuanto al abordaje del problema va a determinar que las respuestas sean múltiples y las formas en que se realizan también sean múltiples.

En base a esta toma de posición, habían salido como objetivos, respecto a la respuesta en Salud Mental:

- que sea cogestionada con la población

- centrada en sus necesidades y problemáticas
- en coordinación interinstitucional
- que incluya acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, tratando de lograr una calidad integral de atención con los recursos y el tiempo que se disponen.

Cuando nos interrogamos acerca del concepto de Salud Mental, esto tiene que ver con una cuestión planteada en la reunión anterior, la necesidad de precisar desde qué posición partimos. No adherimos al dualismo salud física y salud mental, si hablamos de salud mental es a los fines de construir una categoría abstracta que nos permita recortar un espacio en lo que es el campo de la salud para poder intervenir desde cierta especificidad, pero pensamos y sostenemos que la Salud Mental está, interviene y atraviesa todas las prácticas en salud. Cuando planteábamos este tema del campo de trabajo decíamos que no podemos conceptualizar la Salud Mental como un problema que tiene la gente y que hay especialistas que lo resuelven, lo planteamos como un espacio de trabajo en el cual pueden confluir muchas disciplinas que desde su intervención pueden intentar resolver el problema, que excede las posibilidad de intervención de los históricos o tradicionales especialistas en Salud Mental.

Cuando decimos que las respuestas que debemos dar desde los servicios de salud a las problemáticas en Salud Mental deben ser complejas es porque los problemas son complejos. A quienes trabajamos en este ámbito nos cuesta mucho, al insertarnos en un sistema de salud que puede estar definido desde diferentes complejidades, decir de qué se trata la complejidad de la respuesta en Salud Mental y definirla. Pero creemos que puede ser tan complejo el intervenir en un problema colectivo en una población determinada, como en una intervención en una sala de terapia intensiva de un hospital de alta complejidad. Hablamos de complejidades diferentes pero no de niveles de complejidad. Queremos incluir la problemática de Salud Mental en una política de gestión en salud general, debemos definir los perfiles de los efectores que integran un sistema de salud y los perfiles de los equipos de Salud Mental en cada efector, equipos que tienen una cierta caracterización de sus prácticas y de su planificación en el trabajo. Desde un centro de salud podemos acercarnos más a la gente; al estar ubicados en el mismo barrio en que la gente sufre y padece, podemos intervenir de una manera diferente a lo que hacemos en un hospital, desde otra posición y quizás otra concepción de Salud Mental.

✎ No sé si dentro de la rehabilitación también consideran la importancia que tiene la **reinserción laboral**, aquí entra también el tema de la laborterapia porque la persona que se rehabilita no encuentra lugar de trabajo. Esto entra también en relación con la red, con los otros estamentos de gobierno, aunque acá con el problema de la desocupación no hay tantas posibilidades de crear fuentes de trabajo.

Dr. Rovere:

Me alegro que haya aparecido este tema. Primero porque entra multidimensionalmente en nuestro trabajo. Me parece que hay una dificultad en el trabajo, que es cómo abrimos y al mismo tiempo no perder identidad. A medida que se nos va haciendo la idea de que manejamos un *todo*, entre todo y *nada* hay muy poca distancia. Pero desde esta totalidad, cómo convivir con el hecho de que hay núcleos de necesidades de clara especificidad; hay tipos de enfermedades o problemas de la gente que claramente necesitan saberes especializados y también hay profesionales que tienen depositados esos saberes especializados. En los dos extremos - el equipo y la comunidad - hay identidad y especificidad, hay un perfil de problemas de la gente y hay un perfil de profesionales que tienen esos saberes.

Se me ocurre que este grupo también tendría una tercera esfera, en el sentido de tener al resto de los servicios de salud como **cliente interno**. Abriendo esta idea de cliente interno pueden aparecer algunas cosas grandes:

- Una es la necesidad de interactuar interdisciplinariamente para la solución de los problemas de salud que enfrentan los otros grupos. Por ejemplo, en salud materno-infantil podríamos discutir qué mirada le da Salud Mental a la desnutrición; si no incluye un problema vincular y no solamente nutricional en el sentido alimentario.

- Pero también existe una dimensión que tiene que ver con la salud del personal de Salud, todo lo que significa trabajar en el sector Salud.
- Y también, podríamos considerar la contribución de salud mental dentro de misma idea de red, muchas de las cosas que estamos trabajando tienen su mayor fuente de producción en el campo de la Psicología social.

Quería señalar estas vinculaciones porque para darse una política de Salud Mental en una red, me da la impresión de que ayudaría a trabajar esta idea de cliente interno y cliente externo, de tal manera que en algunos casos se vea la identidad con estas facetas múltiples, hay servicios de Salud Mental para problemas de Salud Mental y al mismo tiempo hay una mirada de Salud Mental para el resto de los servicios y para la red. Me parece que esto puede darle como un aporte que articule los esfuerzos de gente que está mirando esto desde distintos lugares y también le ayuda a perder el carácter de área de difícil integración. No creo que podamos hablar de un área marginada. No me parece justo, lo que pasa es que se maneja un saber que genera mucho temor, hay más bien un aislamiento relativo más que una verdadera marginalidad del área. Cualquier ruptura de los límites y de las fronteras va a ayudar en la medida que no sea tan amenazante y que la gente que trabaja en esto no sienta que pierde identidad. Mantener la identidad y romper los límites me parece que puede ser una forma de contribuir en este sentido. Esto, tratando de extraer algunas ideas de este grupo para una visión más grande del equipo de salud y de las redes.

Grupo Diagnóstico y Tratamiento

Desde el Usuario nos planteamos:

- La necesidad de facilitar el acceso a los servicios. Para ello es necesario detectar problemas y necesidades, ordenar el destino del paciente o del problema dentro de los servicios que componen la red, y analizar el flujo del paciente que sea más conveniente para llegar a ese destino.
- En segundo lugar, existe la necesidad de facilitar la posibilidad concreta de atención dentro del servicio que corresponda
- Siguiendo con el flujograma, debe facilitarse la resolución del problema, tanto en lo que hace al diagnóstico como al tratamiento.
- Posteriormente, resuelto el problema, la red, o alguien en la red debe interesarse por el seguimiento del paciente.
- En todo momento, tanto con pacientes que han sido dados de alta, como con miembros de la comunidad que no han consultado a nuestros servicios, debemos hacer intervenciones preventivas. Aparece fuerte la necesidad de la educación para la salud, individual y colectiva. Aunque en nuestro caso quizás es más habitual pensar en las acciones que tomamos individualmente con los pacientes que llegan a estos servicios.

Al interior de los servicios y de la red:

- Creemos que también debemos involucrarnos en la promoción del espíritu de Red, que no puede ser una tarea delegada a un grupo específico.
- Que todos los actores conozcan el flujo. Es decir, tanto el resto del equipo como los pacientes deben saber cómo moverse al interior de la red del diagnóstico y tratamiento, algo a veces difícil o artificialmente difícil.
- Necesidad de hacerse cargo de todo el proceso longitudinal, de asumir el compromiso como parte de esta red y que nuestra posición individual es relativa, depende del lugar que ocupamos en la red.
- Trabajar en la comunicación de la red
- Que todos los actores conozcan el recurso disponible.
- La necesidad de establecer normas por patología incluyendo costos.
- Y aunque no propugnamos la homogeneidad, creemos que todos en la red deben hablar el mismo idioma con el usuario.
- Control de gestión con resultados, punto habitualmente omitido o no entendido.
- Investigación epidemiológica de la red.

6

SALUD EN MOVIMIENTO

Nosotros nos formamos una visión de red que, en nuestro caso, podríamos comparar con la idea de un colectivo que está circulando. En la construcción de la visión muchas veces las analogías son muy útiles, en este caso me parece que el grupo descubre que, de ser actualmente estructuras sedentarias, las redes de Diagnóstico y Tratamiento deben ser estructuras *nómades*, de circulación y de flujo. La analogía de un tránsito, que se había sugerido en un momento, me parece que es útil, fuerte y conocida. Para mucha gente es fácil de entender qué significa estar circulando.

Nosotros tenemos una concepción de servicio sedentario, nuestra cabeza no está muy organizada para servicios *nómades*. Casi todas las crisis son crisis de circulación, cada servicio funciona relativamente bien, pero el tráfico entre servicios no funciona, la comunicación se corta, la ambulancia no llega. Tal vez es un área que se percibe sedentaria. Si en vez de una Secretaría o un Ministerio de Salud, fuera una compañía aérea seguramente todos estaríamos pensando que lo normal es la circulación, en este caso parece que el peso institucional nos hace imaginar a Salud como sedentaria, instalada, y a lo mejor tenemos que pensar más Salud en movimiento, Salud circulando.

A mí no me resultó del todo claro, en este caso, el asunto del usuario interno y el usuario externo y no sé si el grupo lo desechó porque no le servía esa idea. También desestructurando el punto de diagnóstico y tratamiento habitual me parece interesante el salir de una especie de asignación de rol secundario, de actuar por solicitud, y considerar al contacto con cada servicio de Diagnóstico y Tratamiento como un contacto más de salud. Así muchas cosas cambian, porque yo me paro desde otra perspectiva, puedo hacer salud porque detecté en el laboratorio algo que no se había detectado. Si estoy en farmacia entregando un medicamento a una madre para su hijo y me doy cuenta que la receta indica un medicamento de adultos, antes de entregarlo reflexiono, pregunto ¿era para un chico?; allí estoy en una actividad preventiva. Tenemos profesionales en todas estas áreas, son todos profesionales de salud, que atienden o supervisan. Me da la impresión que equipo de salud significa también una forma distinta de hacer circular las ideas en término de que estos servicios también hacen salud directa, no sólo indirecta.

Grupo Comunicación Social

Este grupo estaba integrado por trabajadores sociales, psicólogos, muchos médicos generalistas de los centros de salud y gente del campo de la educación. Se planteó el tema de la comunicación social y de la construcción de redes a partir de los obstáculos. Creemos que trabajar en red significa el más alto nivel de prevención y comunicación. Existen otras opciones en Salud que parten de la comunidad, que no necesariamente parten del discurso médico, a veces ciertas cuestiones de salud son resueltas por una curandera, o alguien que no tiene que ver con el tema de salud. Y estos actores pueden ser legitimados por la misma población.

Nos planteábamos la importancia que tienen los canales de comunicación entre nivel central y efectores, tanto sea los canales formales como los informales. Además nos parece que no podemos hablar de trabajo de red si no hablamos de interdisciplina y de intersectorialidad, si no tenemos en cuenta la distribución de poderes y de saberes, el reconocimiento del saber del otro y esta cuestión de transferencia y apropiación de saberes.

Lo **interdisciplinario** interpela o rompe un discurso unidireccional de salud. Porque la dificultad de pensar en redes es que el discurso médico siempre ha sido hegemónico y de alguna manera es una cuestión unidireccional. Nos impide trabajar interdisciplinariamente o nos obstaculiza. En el tema de la interdisciplinariedad, también entran a jugar todas las cuestiones de poder.

Lo **intersectorial** nos parecía ineludible, como una necesidad de articular y combinar de una manera especial las políticas, principalmente políticas sociales.

Dentro de la comunicación, hablamos de necesidad de distribución y reconocimiento de **poderes**, y de transferencia y apropiación de **saberes**, que no significan lo mismo. En las vías de comunicación desde emisor a receptor, creemos que tiene que haber un *feed back*, un ida y vuelta, pero estos canales aparecen

obstaculizados. A criterio del grupo los elementos que obstaculizan son: el discurso hegemónico, ciertas instancias de burocratización, la falta de reconocimiento de los micropoderes alternativos al poder central, es decir, el poder que cada efector tiene en estos eslabones que se van constituyendo como cadena. También aparecía como obstáculo una circulación excesivamente verticalista, creemos que debe haber un flujo vertical, pero también un atravesamiento de horizontalidad en esto.

Nos apareció como interrogante, si son canales o laberintos, en cuanto a veces se produce en algún punto de la red una obturación porque hay conflicto, larvado o manifiesto. Existen algunos canales informales pero no hay articulación, falta fluidez. Lo que funciona mal es todo lo que tiene que ver con la información, el conocimiento del otro, el respeto por el trabajo del otro. Creemos que hay que volver a construir muchas cosas al interior del sector.

Hacia dentro de nuestros efectores buscar mayor apertura, trabajando los elementos de obturación, la lógica de fragmentación. Se dan mayores niveles de comunicación en las instancias de base que entre éstas y el nivel superior. Hacia afuera del sector, creemos necesario construir un saber conjunto con la población. Poner en diálogo nuestros saberes, abriendo verdaderos canales de participación, que incluya compartir la capacidad de decisión.

✎ *Con respecto al respeto por el otro. Si la misión es dar direccionalidad a la red, que es el lugar donde uno se encuadra, ¿qué pasa cuando nos enfrentamos con otras visiones en la red? ¿Cómo articularse?*

Dr. Rovere:

Hay como dos dimensiones distintas, una es que la misma lógica de redes está exigiendo este respeto por el otro. La profundización y la comprensión del otro es una tarea muy lenta, progresiva, uno podría definirlo muy bien desde lo conceptual e ideológico y después tener mucha dificultad de concretarlo en acciones prácticas. Cuando se plantea el tema del curandero o de una comadrona, inmediatamente surgen reparos. Hay muchas palabras, en el sector salud, que obturan. Ultimamente está virtualmente inflacionado de conceptos que obturan. Para la gente que hace Comunicación Social la tarea más difícil de todas es poder pararse *en el lugar* de la persona que va a escuchar, como uno nunca se termina de poner en el lugar del otro lo mejor es *conversar con él*. Una cosa es pensar *en* el otro y otra cosa es pensar *con* el otro, son dos tareas totalmente distintas, en el segundo caso la cosa es más fácil porque las personas tienen forma, nombre, apellido, ideas, expresan sentimientos, los puedo internalizar de una manera distinta.

Hay una segunda parte. Me parece que es un problema con las propuestas que uno levanta desde un eje, que adquieren un gran consenso interno e, incluso, le dan identidad. Pero esas mismas propuestas, expresadas afuera del mismo grupo, significan muy poco o algo diferente. Por ejemplo, desmanicomializar. Como imagen, si la escuchan desde otro lado, simplemente no la pueden imaginar, esa imagen requiere una operación cultural que haga que la gente lo acepte. Hay mucho en nuestra jerga que obstaculiza y creo que cada idea y concepto debería ser revisado en su eficacia. Esta idea de obturar me parece que es un buen concepto. En redes, por ejemplo, discutir el *Modelo Médico Hegemónico* ¿va a obturar o va a facilitar?; organizar una política de Salud Mental sobre desmanicomializar ¿va a obturar o va a facilitar?. Habría que revisar, limpiar, la forma como estamos hablando, expresando, comunicándonos, no vaya a ser que sean códigos de comunicación fuerte, con mucha densidad de comunicación intra-grupo y muy pobre fuera del grupo. Esto es absolutamente central porque estamos hablando de redes. Podría ser que cada red se comunicara perfectamente hacia el interior, pero solamente tenemos una red en inglés, en francés, otra en japonés y entonces ¿la red de redes en qué idioma se hace?

Se pidió una aclaración sobre la diferencia entre objetivo y visión. Creo que no tiene una respuesta técnica, podemos reconstruirla. Creo que en la visión hay un poco de arte. En muchas profesiones tenemos una historia tan racionalista que no nos imaginamos el arte, ni siquiera el arte de nuestra profesión: se dice que la Medicina es ciencia y arte, pero últimamente es casi exclusivamente ciencia. El disparador más fuerte que produce este grupo como visión es esta pregunta: ¿canales o laberintos? En términos de eficacia comunicacional, para mí, esta pregunta me abre un universo de discusión.

Grupo Urgencias

En primer lugar nos planteamos una pregunta, desde nuestra tarea, desde nuestras posibilidades de actuar ¿Qué queremos en la ciudad?. La respuesta más inmediata:

- Reducción de las muertes y secuelas en la población motivadas por urgencias médico-sociales y accidentológicas. Para ello se necesitan acciones de promoción, de prevención, de tratamiento oportuno y adecuado, de rehabilitación.
- **Promoción y prevención:**
 - Lo primero a lo que tenemos que apuntar es a producir cambios culturales, para lo cual se requiere de la Educación para la Salud
 - Los temas necesarios para introducir son
 - Problemas accidentológicos: tránsito, hogar, laboral, etc.
 - Enfermedad, especialmente aquellas inmunoprevenibles por vacunas
 - Cambio de hábitos y estilo de vida
 - Violencia, como gran tema de la actualidad
- Como estrategias, apuntamos al desarrollo de interrelaciones cooperativas al interior de las instituciones y en forma interinstitucional, intra e interredes.
- Se habló de la necesidad de información y de capacitación de los recursos humanos, entendidos en una forma amplia, incluyendo a la población interesada.

Grupo Desarrollo Infantil + Salud de la mujer

Con respecto a la Visión, se hizo énfasis en la Atención prenatal, para evitar o disminuir la morbilidad materno-infantil. También se hizo hincapié en la necesidad de prevenir el aborto provocado, a través de la Planificación familiar.

Para ello, es una estrategia que nos interesa, la posibilidad de trabajar en redes con la población, con instituciones y ONGs para incorporar como “hecho cultural” la necesidad del control médico. A su vez, mientras se crea la necesidad en la población, debemos ir construyendo una respuesta adecuada considerando: infraestructura, equipamiento, recursos humanos. En general, se ha coincidido con planteos de otros grupos.

Grupo Gestión y Administración:

Este grupo es un poco abarcativo de todo lo demás. De hecho se habló de cada uno de los sectores que componen la Salud Pública. La misión del grupo era hablar en forma global, de la gestión de la red.

Sabemos que aquí tenemos en cuanto a Salud Pública una Administración Municipal y una Provincial que no coordinan, que se superponen y que compiten en la atención de servicios. El anhelo sería poder tener una red de redes gestionada y con una administración única que responda a las necesidades de salud de la ciudad de Rosario.

No existiendo, intentamos colocarnos nosotros como comunidad y pensar qué es lo que pediríamos a la red. Lo que pediríamos es la satisfacción de las necesidades de salud, mejorar esa salud con la mayor equidad posible. No sólo responder a lo que la sociedad plantea como necesidad, sino lograr que disminuya la afluencia o la demanda porque se previene y se promueve la salud.

Como participantes en la construcción de la red, deberíamos atender a la coordinación y comunicación entre las necesidades de la población y quienes estamos en la situación de brindarlas o cubrirlas. Para resolver con mayor eficiencia y eficacia las metas y objetivos propuestos, deberíamos conformarnos como red de redes. Esto implica no sólo una red que atienda a las necesidades de la salud, la prevención y la promoción, sino también una red que se articule intersectorialmente, teniendo en cuenta todo lo que confluye a que una población vea satisfecha sus necesidades materiales y espirituales, que dependen en parte de otros servicios, como Obras Públicas, Servicios Públicos, agua potable, luz, seguridad, prevención de accidentes, y muchas otras cosas que hacen, en última instancia, a la calidad de vida de la población.

Con respecto los actores que tienen que integrar estas redes, consideramos muy importante la **capacitación**, que se hagan concursos y se pongan en los cargos a los mejores. La capacitación permanente del recurso humano, junto con la planificación participativa creemos que pueden mejorar mucho el funcionamiento de nuestra red.

Dr. Rovere:

En relación con este ejercicio me parece interesante poder analizarlo, después de la presentación, porque nos permite ver qué caracteres tiene este grupo de personas reunidos por intereses comunes y por compartir una pertenencia institucional. Ver, también, de una manera concreta de qué manera este grupo se percibe a sí mismo y cómo se percibe en las dos grandes funciones, el mirar la direccionalidad global, custodiar hacia dónde vamos, pero al mismo tiempo no perder la mirada sobre toda la infraestructura de servicios.

Venía pensando la raíz del término “*administración*”. De por sí, *ministro* significa servicio o servidor, la idea de administración es el servidor del servidor, en realidad es servidor dos veces. En esta idea de administrar, acompaña y brinda servicios. Cuando se planteaba el tema de los mejores me parece que en la medida que va apareciendo esta imagen de los mejores se vincula a la idea de director técnico, es el mejor porque tiene experiencia, porque tiene historia, porque sabe y también porque tiene una actitud generosa con ese saber, no lo usa para sí sino para habilitar nuevas personas. Me parece que es un conector muy fuerte, en este sentido, la idea de planificación participativa, porque hablar de planificación es colocar un elemento proyectivo. Es interesante hablar de planificación como visión, cuando al mismo tiempo pareciera que la tarea de la planificación fuera construir visión, hay como una circulación. Al mismo tiempo es convocante. No se está diciendo “nosotros vamos a planificar para los otros”. Hay una tarea de instalar la planificación pero en forma participativa. Y se percibe que no es fácil hacerlo. A lo mejor les cabe un rol muy importante en esto de crear los canales. Y que no sean laberintos.

La secuencia que hemos ido recorriendo nos ha ido acercando a la imagen de red de redes, aunque no llegamos todavía plenamente. Quedaría todavía saber esta red de redes qué visión tiene, qué busca. Tal vez esta red de redes con esta planificación participativa podría encontrar su visión. Como recomendación, es conveniente que compartan lo que se discute acá con sus compañeros de trabajo. Incluso, puede considerarse la posibilidad de que algunos de los ejercicios sean repetidos en el servicio.

COOPERACIÓN

Bibliografía:

Existen algunos trabajos que hacen referencia al tema de la **visión** que nos servirán para encarar el módulo. Es conveniente su lectura previa, así como ir forjándose algunas ideas alrededor de la visión de “red de redes”, ya que facilitará el trabajo conocer cómo es el mecanismo⁹.

Comenzamos nuestro cuarto encuentro. Pasando la mitad del curso uno empieza a pensar en el después, en cómo algunas ideas que hemos estado conversando pueden eventualmente circular o ayudarnos más allá de la actividad misma, más allá del curso mismo. El encuentro de hoy tiene también su personalidad. Estamos recorriendo la idea de **niveles de coordinación**. Ubicados básicamente en el nivel de la co-operación, que tiene que ver con una co-problematización para co-operar. A la palabra cooperación a veces no la desarmamos con su lógica, pero co-operar es “*operar con*”, es operar juntos. Para operar juntos es necesario tener un problema común, co-problematizarse.

Este es el nivel que nos planteamos hoy. Está asociado mentalmente con la idea de solidaridad y en parte vinculado con la física: dos cuerpos son solidarios cuando nada que le ocurra a uno le es indiferente al otro. La idea de solidaridad da el carácter de conexión y de repercusión, esto significa que algo que pasa en un lugar de alguna manera - cuando hay red - tiene que conmover los otros lugares.

Evidentemente la idea de tener un problema común, co-problematizarse, va construyendo solidaridad. Porque primero se comparten preocupaciones y luego se comparten ocupaciones. Es la idea de co-problematizarse para co-operar lo que marca esta instancia o nivel. Esto expresa un nivel de vínculo diferente y lógicamente, según los niveles de articulación que estemos pensando, será el módulo de hoy demasiado exigente o demasiado sencillo, depende mucho de dónde se articula el punto en el cual cada uno está. Según la red que esté teniendo en cuenta va a sentir que este nivel es demasiado, está bien o es poco.

Pero me parece que pasa con todos los niveles que se han venido trabajando hasta ahora. Al mismo tiempo, esto no se da a nivel de una sola red sino que, en sentido estricto y si uno lo analiza mejor, puede descubrir que se está participando en más de una de ellas. Uno participa en varias redes, la red no tiene un carácter geográfico y al no tenerlo no territorializa, de tal manera que uno no podría decir que la suma de las redes es el territorio, en realidad, las redes tienden a ser extensivas en el territorio. Pensemos en la red de agua, de luz y de desagüe, uno no podría decir que está cada una en un lugar diferente, sino que tienden a ser multi-red y mi casa está en multi-redes, mi casa es un nodo de la red de luz, un nodo de la red de agua y de desagüe. Esto también podría decirnos que no todas las redes en las cuales participo funcionan bien, hay redes que funcionan mejor que otras. Si desde mi unidad pienso en redes, puedo decir que estoy en varias. Pero en una estoy en un nivel incipiente de reconocimiento y en otra estoy en un nivel avanzado de asociación.

De lo que particularmente hablaremos hoy, es de un imaginario más fuerte, que es la **red de redes**. Imaginar a toda la infraestructura de la Secretaría de Salud Pública o de un ministerio como red de redes. Imaginar esta lógica de red de redes inmediatamente da una sensación extensiva, totalizante. Este modelo empieza enseguida a obturar, porque una vez que está pensando en toda la extensión, se empieza a querer totalizar. La verdad es que la red de redes tampoco es ninguna unidad totalizante ni cerrada, sino que esta red de redes puede ser a la vez parte integrante de otras redes.

Si un paciente del sur de la provincia de Santa Fe se atiende en la ciudad de Rosario, en este caso Rosario misma sería parte de una red más grande, o bien toda la circulación e intercambio que se produce entre los servicios de la Municipalidad y los servicios de la Provincia. Se ve que lo que parecía totalizante no lo es tanto, sino que es parte de otras redes, se va como articulando. Lo mismo pasa cuando tenemos una actividad que no es sólo de un sector sino que aborda un problema que requiere cooperación intersectorial. Por ejemplo, una epidemia en una escuela es un problema de salud pero simultáneamente es un problema escolar. Y ahí se

⁹ Ver bibliografía al final del capítulo (pág. 107)

necesita armar otras redes, redes que incluso podrían ser totalmente funcionales y transitorias, que se producen eventualmente para esa situación, pero aún para esa situación se juega la experiencia y la historia previa.

La gente que trabaja en lugares donde hay frecuencia de **emergencias y catástrofes** por las características geográficas, por ejemplo el caso de los deslizamientos en Perú o Bolivia que son sumamente frecuentes, trabaja muchísimo el concepto de redes. Estas redes se construyen en tiempos de no emergencia y sin embargo es lo que hace a la diferencia en tiempo de emergencia. Lo mismo pasa con el organigrama de emergencias de un hospital: ayuda al hospital en *no-emergencia* y en segundo lugar lo prepara para una eventual emergencia. Pero tienen funcionalidad incluso cuando la emergencia no esté instalada, porque también construye redes. En este funcionamiento, hay ciertas cosas impensables, como que en emergencia se oculte que tiene una cama vacía. Aquí se cambia la lógica de la solidaridad, de co-operación. Este sería un concepto para ir recordando y ubicando.

En segundo lugar, al concepto de redes a veces se lo imagina en el sentido de lo que circula en la red, algo que tiene **fluidez y movimiento**. Pero las analogías de redes a veces son estáticas: uno no imagina una red eléctrica que se mueve, imagina una red eléctrica donde circula mucha energía pero no necesariamente que la red se mueve. En nuestro caso, las redes sociales se mueven, viajan, no son sedentarias, son nómades, para nuestra mente es difícil reconocer esta estructura, porque nuestro sector es muy sedentario, parece que tiene las cosas quietas, tiene instituciones. En la tensión entre la modificación y el sostenimiento, éste es un sector que parece tener más sostenimiento que cambio, parece que la fuerza de sostenimiento es más fuerte que la fuerza de cambio. Esto se da sólo si tomamos una mirada transversal, pero si tenemos una mirada más histórica podemos ver que nuestro sector también se mueve como otros sectores, a lo mejor más despacio pero se mueve, viaja en el tiempo. Y “viaja en el tiempo” significa buscar otras analogías, siempre es bueno ir incorporando más, a veces la analogía de una red móvil ... tiene una analogía sobre la **caravana**, es la imagen de una red móvil, es una red que se conforma y se reconfirma, circula, recircula, a veces las carretas están en círculo y otras en líneas, a veces están en paralelo. Tener esta sensación de gestión o conducción de redes, es ver una red en movimiento.

Hice este rodeo porque sé que hay algunas noticias en el ambiente que ayudan a desestructurar la idea de que este sector no se mueve, refiriéndome al nuevo Hospital Clemente Alvarez más el CEMA¹⁰ que, particularmente en este momento, ayudan a imaginar esto de redes que se mueven. Un sector que parece sedentario se vuelve un poco nómade, está en **reconfiguración**. Esa reconfiguración, nos sirve para entender lo de redes en movimiento. Es un momento desestructurante.

En el encuentro anterior nos había quedado una tarea pendiente que nos puede articular el tercer momento con el cuarto. Esta tarea se refería con el concepto de **visión**. Lo que tenemos es una tarea de visión de red, visión de cada red, pero no llegamos a consolidar una visión de red de redes. Trabajaremos dedicando un pequeño tiempo a la definición de esta visión, que es importante. Parece importante que tengamos alguna señal de visión, no un ejercicio exhaustivo, que no es una tarea sencilla y requiere que la gente se conozca más y pueda profundizarse.

Ahora vamos a trabajar sobre algunas ideas mínimas que pueden compartirse, que rápidamente generan consenso, desechando aquellas otras con las que resultaría muy difícil o prolongado llegar al acuerdo. Pero una visión de mínima que no sea el agregado de cada red, sino tratando de ver qué hay en la heterogeneidad del grupo. Para recuperar la idea de red de redes proponemos un ejercicio. La tarea básica sería, a través de la conversación, reflexionar sobre qué queremos lograr. Para ayudarnos, para que no aparezca como un elemento demasiado proyectivo o lejano, imaginemos que viajamos en el tiempo, que nos desplazamos a dentro de cinco años, y pensemos qué nos gustaría encontrar, de tal manera que aparezca como una configuración de lo que nosotros proyectamos, porque uno “desea lo que ve”, por eso a ese futuro hay que verlo. Al construir esta visión vamos a pedir a cada grupo que nos plantee en un párrafo: ¿qué quisiéramos encontrar o generar en la situación social y sanitaria de Rosario?, ¿qué quisiéramos lograr en los servicios de salud de la gente (cliente externo)?, ¿qué quisiéramos lograr en las interrelaciones, los vínculos, en la lógica del cliente interno?.

¹⁰ se refiere al comienzo de las obras de dos instituciones sanitarias de la ciudad.

Se debe escribir sólo en un párrafo. Lo haremos en grupos, con dinámicas que privilegian los consensos rápidos. Lo que debe buscar el grupo es establecer coincidencias sobre las cosas que les resultan más fáciles de acordar. De esta conversación, el objetivo básico sería concentrarse en el núcleo de superposición a medida que aparecen las propuestas e ideas de qué queremos lograr. Vamos a trabajar la idea de visión: como en el núcleo de densidad o superposición hay ideas que divergen y hay ideas que convergen, estaríamos privilegiando aquí las ideas que convergen. Un acuerdo mínimo donde el grupo se pondría de acuerdo en lo que en cinco años le gustaría ver. Que en la situación social y sanitaria de Rosario pasara algo; que en los servicios de salud que le brindamos a la gente pase algo distinto de lo que está pasando ahora y a su vez en los servicios internos que nos damos recíprocamente.

Es igual a lo que habíamos hecho antes, sólo que antes lo hicimos para cada red, ahora estamos hablando para el conjunto. Para este ejercicio se rearmen nuevos grupos espontáneamente.

Grupo 1:

Con respecto a los sistemas sociales y sanitarios de la población pensamos en los siguientes puntos:

1. Un lema sería: “El Estado garante de los derechos sociales” eso lleva implícito que en la garantía de todos los derechos sociales está la Salud y la Salud al alcance de todos con equidad, es decir, igual para todos y con calidad.
2. La participación y el protagonismo de la comunidad en la organización y gestión de los servicios de Salud sería fundamental para poder coordinarlos y haciendo hincapié en los ejes de prevención, equidad y en la universalidad de todos los criterios.
3. Con respecto al funcionamiento en los servicios internos hacemos hincapié en el funcionamiento de la red con todo lo que lleva implícito: conocimiento, solidaridad, co-operación, reciprocidad, información, coordinación y participación.

Grupo 2:

Quedó como consenso la construcción activa de ciudadanía para el mejoramiento de la calidad de vida, es decir, que sean los mismos ciudadanos los que contribuyan y tengan una participación activa en el mejoramiento del ambiente, las condiciones de vivienda, educación y trabajo, el mejoramiento de las relaciones sociales y en la defensa de la salud como derecho.

Con respecto al servicio hacia el cliente externo proponíamos sustentar el servicio con criterios de accesibilidad, equidad, universalidad y calidad. Cuando discutíamos el criterio de gratuidad terminamos consensuando que la gratuidad no era el criterio más importante, sino que lo que nos importaba era la accesibilidad. La gratuidad no es real, porque el costo siempre lo asume el Estado o alguien. Es decir, la gratuidad podría ser para un usuario individual - que un estudio le resulte gratis - pero siempre alguien se hace cargo del costo de esa atención: el Estado, una obra social. Pero no es gratis para la sociedad.

Con respecto al trabajo dentro de los servicios de Salud, planteamos que se debe trabajar con sentido de integración a través de la comunicación, la coordinación, la cooperación, la educación permanente, la conformación de equipos interdisciplinarios y que debe haber procesos de evaluación porque creemos que sin ellos no hay forma de saber qué es lo que estamos brindando.

Grupo 3:

En el primer punto, dentro de cinco años imaginábamos un servicio de salud a la gente que dé satisfacción a las demandas básicas en base a una política en Salud universal, única. Otro punto al que se le dio importancia fue la participación de la gente en las decisiones.

En el segundo punto habíamos hablado mucho de que queríamos garantizar la accesibilidad a los servicios, la capacidad de resolución adecuada a los problemas de salud, un mayor desarrollo de prevención y la participación de la gente en un sistema interdisciplinario e intersectorial.

En el tercer punto, habíamos hablado del desarrollo de una red integrada, desburocratizada, con actores comprometidos y recursos presupuestarios que garanticen jerarquización de las condiciones laborales.

Grupo 4:

La visión que tenemos para dentro de cinco años es para entonces existiera ya el funcionamiento de una red solidaria que garantice el derecho a la salud. Ello involucra ámbitos donde no tendríamos posibilidad de participar directamente: eso dificultad tener la visión.

En el segundo aspecto, la accesibilidad a servicios de salud de calidad en forma equitativa, universal, con participación de la comunidad, entendíamos que debía haber *feed-back* con la comunidad, receptora del servicio.

Con respecto al grupo interno: construir una red de servicios consensuada y dirigida a la satisfacción de las necesidades reales y potenciales de la población. Pusimos “consensuada” porque creemos que ése es el verdadero trabajo para realizar dentro de los grupos de salud, que todos podamos discutir y consensuar la política, que no sea una norma dirigida desde una Secretaría o Ministerio..

Grupo 5:

Las programaciones fueron de acuerdo a la situación epidemiológica que se enfoque en cada zona. En la comprensión de los procesos de salud-enfermedad, pensamos que cada sociedad, cada grupo, en cada momento histórico, irrumpe de una manera determinada. Por eso cuando se decía *universalidad*, nosotros preferíamos tener de aquí a cinco años informes más referidos a cada zona. La forma de abordarlo es con una participación real y permanente, sin olvidar el rol del Estado. Se pueden identificar problemáticas, se puede pensar la prevención: que de acá a cinco años los problemas de salud sean los inevitables. Aún en estos contextos de extrema pobreza poder pensar en prevención y promoción desde una participación real y permanente.

En el segundo punto: participación de la gente, evaluando calidad, eficacia y eficiencia. Nos preguntamos ¿cuál es la interpretación de la gente?, ¿cómo la gente ve el servicio?, ¿cómo la gente ve la propuesta? Y que la construcción sea realmente de co-gestión en acciones y construcciones, dejar de ser *una norma que baja* sino una construcción conjunta entre el Estado y la gente, y así que surjan las propuestas de trabajo.

Internamente, que en la articulación que posibilita el trabajo en redes no tenga que ver sólo con la voluntad de alguna persona. Hay distintos proyectos, distintos programas, pero que la articulación no sea solamente por voluntad de quien en ese momento esté *a cargo de*, sino que cada grupo o cada proyecto esté articulado y estén especificados los roles. A partir de esta articulación pensar el trabajo en redes y que la apropiación de la práctica diaria sea como un insumo para generar cambios. Que esta discusión de lo cotidiano nos posibilite tomarlo, encontrarnos, volverlo a discutir y ser el generador de cambios.

Grupo 6:

Proponemos fortalecer y construir vínculos solidarios entre la población que faciliten la apropiación, la prevención y la promoción de la salud, o sea, reconstrucción de los vínculos haciendo eje en la promoción y prevención de la salud. Creemos necesario fortalecer el sentido de pertenencia dentro de la Secretaría de Salud Pública, como una estructura que permita una circulación sin límites territoriales, para evitar compartimientos estancos, algo que nos cuesta tanto.

Como trabajadores de la salud podemos tener elementos que nos permiten pensar una planificación, pero con distintas estrategias que la población pueda proponer. Porque muchas veces podemos hacer una sola mirada, desde el lugar del equipo de salud de un sector determinado, pero si no partimos de compartir esos espacios la mirada está muy sectorizada. Hay distintas estrategias para implementarlo, se pueden crear espacios, puede ser la conformación de grupos, de talleres, de consejos, cada uno dentro de la realidad en que está trabajando implementará distintas estrategias.

Por la realidad que vivimos en Rosario, por los distintos ámbitos, se hace necesario todo un entrecruzamiento de redes, por esto de las distintas jurisdicciones, provincial y municipal. Hoy la circulación de la población por los distintos efectores realmente encuentra obstáculos muy importante.

Dr. Rovere:

Un comentario sobre el trabajo. Creo que hay conceptos que nos ayudan a pensar y otros que obstruyen. La primera impresión que tengo es que hubo una invitación que no ayudó, que es el tema de los cinco años. Voy a tratar de hacer una interpretación de por qué no funcionó. El punto de acuerdo tiene que ver también con el nivel de consenso, como en geometría el tema de las paralelas que se encuentran en el infinito y cuanto más

convergencia hay, más cerca es el punto de encuentro, entonces cuando pregunto qué queremos lograr, si no digo en cinco años, el grupo va a encontrar su imagen o su visión más cerca cuanto más consenso tenga y más lejos cuanto menos consenso tenga. Cuando uno dice: “al final todos queremos la salud de la gente”, puse el acuerdo en el infinito. En este sentido creo que la visión, a pesar que tenía una cierta invitación a aterrizar un poquito más, no lo consiguen porque hay un punto de producción que marca que éste es el nivel de acuerdo posible, el de hoy. El mismo grupo con más tiempo o con más interacción (tengamos en cuenta que eran grupos heterogéneos armados al azar) tendría otra producción. Pero me parece que no impidió pensar, sino que también les sirve como una especie de diagnóstico de qué es lo que circula en este grupo. En estas ideas se pueden lograr acuerdos, el acuerdo está en un espacio bastante idealizado y no resiste el chequeo contra cinco años por el nivel de generalidad en que está planteado.

También me parece que hay algunas tensiones y algunas omisiones entre lo que está planteado aquí e incluso entre el discurso que vamos circulando en el taller. Aparecen nuevamente un par de elementos que empiezan a hacer ruido, me parece que la formulación de **una sola red posible**, parece una formulación que obtura el pensar. Es la formulación, no es la idea del grupo, sino que es la forma como finalmente quedó. Para una persona que no participó en el debate inmediatamente esto le hace ruido, porque una de las ideas de redes es que puede haber **múltiples redes** posibles, múltiples articulaciones. Pero también venimos de un imaginario y no quiero poner las redes en un espacio idealista. Tengo que decir contra qué se pelea redes, si fuera una propuesta *pro cultural* sería muy sencillo, si la dejo en un espacio idealizado la idea va a circular sin obstáculos, pero si la aterrizo voy a decir que *redes* se opone a *burocracia*, que *redes* se opone a *organizaciones jerárquicas*. Es una contrapropuesta. Redes hace circular. Redes se opone a lo único, no son redes totalizantes. Entonces, en este sentido puede hacer ruido también esta formulación. En la consigna: “salud universal y única”, ahí también aparece lo que comentamos. Venimos, como sector, de la historia de “*sistema único de salud*”; esta idea en vez de ayudarnos nos obturó en algún momento; porque por un lado no era posible lograrla y nos quedábamos sin propuesta porque no teníamos ninguna propuesta intermedia. Si no es único puede ser otra cosa.

Lo mismo el tema del **Estado**, en Salud hay dos Estados en Rosario. Con la idea jerárquica, de articular jerarquías, hay solamente dos personas que pueden arreglar esto. Con la idea de redes, la gente podría ni enterarse de que hay dos Estados en Rosario. Sería como tener un servicio público de salud en la ciudad. Pero a esto lo armamos o lo impedimos nosotros. La idea de redes permitiría, como pasa con una tarjeta de crédito, uno va a un lado y a otro en la red de los que atienden con esta tarjeta, pero en común no tienen nada más que atienden con esa tarjeta, pero como usuario a mí me parece que es una red. Como circulo libremente para mí es una red, no es un obstáculo.

Lo mismo puede pasar con el concepto de **gratuidad**, parece que en el fondo el concepto es que se está hablando de gratuidad en el consumo, decimos que el precio no sea un obstáculo para el acceso. A su vez el grupo señala que esto no significa gratuidad en el sentido de que al final todo servicio es pago, sólo que si es *prepago* es más equitativo que si es pago en el momento del consumo.

Hay algunas cosas que llaman la atención, cada vez que se habla de **participación**, protagonismo, actividad, es de la gente, no es de nosotros. No aparece por ejemplo la participación de los trabajadores. En el juego éste del postulado de coherencia, es muy difícil hacer creíble que queremos que la gente participe si en los espacios que efectivamente controlamos, que son los espacios donde trabajamos con la gente, ahí no abrimos espacios de participación. Entre los obstáculos, podemos pensar un hospital como un edificio con equipamiento adentro o puedo imaginarlo como un equipo humano que tiene un recurso, que tiene una herramienta que es el edificio.

En nuestra lógica administrativa, burocrática, si nos dicen que mandemos una foto del hospital, les mandamos una foto del edificio, si pedimos a Estados Unidos que nos manden una foto del hospital, a lo mejor nos mandan una de los profesionales o del plantel que trabaja allí. Son dos formas de representarnos a nosotros mismos. Podemos preguntarnos si el Clemente Alvarez es un edificio o es un equipo humano, si es un grupo de gente, el hospital está depositado en el grupo, entonces la reconfiguración, la mudanza, es de la gente. El edificio es la señal donde se estructuran las ideas que había en el momento que se genera el edificio, por eso después termina cambiándose porque van cambiando las representaciones, pero está construido en la cabeza de la gente.

Si pensamos espacios donde los trabajadores no participan, ellos mismos van a ser un obstáculo para que la población participe. Sino, hay como un doble discurso, personalmente digo: *“cómo voy a dejar que la gente participe si yo hace diez años que trabajo acá y nunca me preguntaron nada”*. Ese punto es crucial para hacer consistencia, podemos pensar los servicios de salud de muchas maneras pero una de ellas es volver a pensar en servicios de *personas para personas*.

Entonces cuando hablamos de población hay una población afuera y otra adentro; la que está adentro también es población. En todos los otros servicios es usuario, en este particular es proveedor, pero somos población, somos una población dentro de la población. Siendo así, para poder facilitar y no asustarnos con la idea de participación, la tenemos que vivir nosotros, porque sino el temor se expresa en nuestra falta de experiencia en eso y toda la participación de la gente la veremos como amenaza.

Espero que esto ayude a ver que si la gente se pone en movimiento hace falta que también nos pongamos en movimiento nosotros. De lo contrario, vamos a encontrarnos en un momento dado en el absurdo de promover la participación y después buscar una estrategia para inhibirla. Señalo esto, incluso, para ver cómo podrían ir apareciendo nuevas nociones que nos vayan ayudando a pensar una red que a su vez no tenga saltos al vacío. Estos procesos tienen un problema de legitimidad. Uno de los grupos lo pone cuando habla de participación de la gente (podríamos agregar de los trabajadores), pero evaluando calidad, eficacia y eficiencia, porque la mejor forma de esterilizar la participación es abrir espacios de participación ineficaces. Esto está en el imaginario popular: *“cuando no saben qué hacer crean una comisión”*, eso se dice habitualmente. Nosotros tenemos que salir de eso, tenemos que mostrar comisiones eficaces. Mostrar que en los espacios de participación no solamente se participa sino que también hay eficacia de producción, dotarnos de herramientas, saber tomar decisiones colectivas, como formas concretas de trabajar a favor de la participación. Si es una participación sin eficacia se deslegitima y armo participación sabiendo que voy al fracaso, no equipo a la gente para que la participación sea eficaz.

Ahora podríamos volver a leer la producción de los grupos, pero en un sentido que atravesase transversalmente a todos los grupos. Es una manera de poner en común lo que los diferentes grupos han producido. Es como una estrategia simple que nos permite comparar y encontrar puntos de coincidencia y contradicción entre todos los subgrupos. En este caso, las preguntas a las cuales buscamos respuesta tratan sobre cuáles son los imaginarios que tenemos, en un sentido proyectivo, sobre los tres espacios que trabajamos: la población, el funcionamiento de los servicios y la red de servicios interna que nos prestamos recíprocamente. El recurso consiste simplemente en leer las proyecciones de los grupos, pero en un sentido vertical, siguiendo las columnas que se han formado, en vez de horizontalmente.

- Veamos qué esperamos de la **situación sanitaria y social de la gente**: esperamos un Estado garante de los derechos sociales, que la Salud esté al alcance de todos con equidad y calidad, esperamos una construcción activa de ciudadanía para el mejoramiento de la calidad de vida, medio ambiente, vivienda, educación, trabajo, relaciones sociales y la salud como derecho, esperamos satisfacción de las demandas básicas de salud en base a una política de salud universal única *dándole* participación a la gente (quizás no es muy feliz la expresión *dar*); funcionamiento de una red solidaria que garantice el derecho a la salud; una situación epidemiológica y social más referida a cada zona; una participación real y permanente; la Salud como deber del Estado y derecho social; fortalecer y reconstruir vínculos solidarios en la población que facilite la apropiación de la prevención y de la promoción de la Salud. Esto es lo que esperamos ver en la ciudad como red de redes.
- Lo que aparece en la segunda columna está conectado con la primera. Diríamos que si a la primera nosotros no la controlamos, sí lo hacemos con la segunda columna: podemos lograr aquello a través de esto. Tenemos posibilidad de una intervención parcial a este nivel, de la segunda columna, queremos lograr aquello a través de lo que puede ser nuestra tarea: abrir canales para una participación y protagonismo de la comunidad en la organización y gestión de los servicios de salud. Nuestros ejes estarán en la prevención, equidad y universalidad; queremos sustentar los servicios en criterios de accesibilidad, equidad, universalidad y calidad; queremos accesibilidad a los servicios garantizada, capacidad de resolución adecuada de los problemas de salud, mayor desarrollo de la prevención, participación de la gente; un sistema interdisciplinario e intersectorial con accesibilidad a los servicios de salud equitativa, universal y de calidad con participación de la comunidad; la participación de la gente evaluando la calidad, eficacia y

eficiencia; una cogestión en acciones y construcciones; queremos un protagonismo de la población en la planificación y en las acciones tendiendo a una sola red posible. El adentro nos salió un poco afuera, pusimos el adentro en la puerta.

- Si es así veamos qué pasa en el adentro-*adentro*, o sea, cómo nos prestamos los servicios entre nosotros, cómo juega la red de cliente interno. Ahí nos proponemos: un funcionamiento de *la* red (nuevamente aquí el singular obstruye) basado en la circulación de conocimiento, solidaridad, cooperación, reciprocidad, información, coordinación y participación; trabajar con sentido de integración a través de la comunicación, coordinación, cooperación, educación permanente, conformación de equipos interdisciplinarios y procesos de evaluación; desarrollo de una red integrada, desburocratizada, con actores comprometidos y recursos presupuestarios que garanticen la jerarquización de las condiciones laborales; construir una red de servicios consensuada, dirigida a la satisfacción de necesidades reales y potenciales de la población; la articulación que posibilite el trabajo en redes, la apropiación de la práctica diaria como un insumo para los cambios; un sentido de pertenencia dentro de la Secretaría de Salud Pública, con una estructura que permita una circulación sin límites territoriales para evitar compartimientos estancos. Da la sensación de que este traje nos queda mejor, permite una cierta agenda de trabajo, desafía, provoca y lo trae más cerca.

Me parece que incluso la columna tres que nos ha quedado, reúne las consignas que habíamos pensado para la columna dos. Nos está diciendo algo tanto para los servicios que prestamos a la gente como el que nos damos recíprocamente. La última columna empieza a operar como visión, es deseable, es posible, es convocante, es comunicable, tengo la sensación de que empieza a funcionar.

Una anécdota pertinente. Recordarán ustedes el caso de un comerciante que le pide a Picasso que le haga un retrato, Picasso se siente medio sorprendido por el pedido y se pregunta a sí mismo si sabrá qué cuadros produce él, pero el hombre estaba tan seguro y deseaba tanto que le dice: “*está bien, le voy a hacer el retrato, pero con una condición, hasta que yo no lo termine usted no lo verá*”, el comerciante acepta y empieza a ir todos los días. Finalmente llega el día en que termina el cuadro y se lo muestra, ustedes imaginarán la cara del comerciante. Picasso también ya se la imaginaba entonces le pone una mano en el hombro y le dice: “*bueno, mi amigo, y ahora:... a parecerse!*”. Lo nuestro también sería algo así: “Bueno, mis amigos, ahora a parecerse”.

Estoy conectando las ideas de visión, de redes que viajan en el tiempo, de caravanas, en cierta manera nos dan una idea de direccionalidad. Hay un texto de redes que en primera instancia uno tiene la sensación de que es otra cosa, sin embargo, cuando se lee bien conecta, un libro de Fernández Buey y Riechman, que se llama “Redes que dan libertad”, se ve el juego de luchar contra redes que atrapan. En este libro, al principio no parece que el tema fueran las redes en sí, sino los nuevos movimientos sociales, es muy pertinente en relación con el tema de la visión porque estos autores estudian los movimientos sociales, fundamentalmente en Europa, a partir de los nuevos ejes de movilización política que no son apolíticos, pero sí son interpolíticos, son como multipartidarios, pluralistas, donde la movilización es con un solo eje, como *Greenpeace*, los movimientos ecologistas, los sin-tierra, los movimientos de género, los movimientos religiosos, la teología de la liberación, etc.. En suma, son distintos movimientos que se arman, no con un eje específicamente político, sino con un eje de articulación a partir de un problema o de un tema que parece de preocupación transversal.

Estos temas son muy bien trabajados por Hugo Quiroga, quien nos recuerda que para completar ciudadanía hace falta un derecho y un actor. El derecho a la salud hoy todavía nos parece un derecho sin actor, un derecho de carácter enunciativo, está presente pero en la medida que no tiene actor se lo puede vulnerar impunemente. También podríamos decir, en base a una de las últimas obras de Foucault, que hay que sacar la idea de ciudadanía individual, en el sentido de que el individuo es una producción que tiende justamente a todo lo contrario que las redes. Entonces él habla de que no es estrictamente adecuado hablar de defensa del derecho a la salud en el sentido de algo que ya tuviéramos, aparece más fuerte la idea de **construir** el derecho a la salud porque estamos hablando de algo que no existe y no de algo que existe y no queremos perder. En esta idea de construcción del derecho a la salud inmediatamente aparece el problema del actor. El concepto de *actor* designa sujetos articulados, no individuos aislados. Los *individuos*, para Foucault, son producidos por el poder, la idea de poder es individualizar, produce individuos en el sentido que fragmenta, corta. Es lo que pasa con los que vienen a la ciudad, cuya maquinaria rompe todas las redes y uno funciona suelto, mientras que en su

lugar de origen uno funciona articulado. En esta producción de individuos es más fuerte la idea de construcción de ciudadanía que la construcción de cada ciudadano.

Es distinto a los derechos del consumidor, que es otra de las cosas que está enredada en este momento porque el mercado construye individuos, organiza a los productores y desorganiza a los consumidores, entonces tiene una tendencia a producir individuos, esto es diferente de lo que estamos planteando de la construcción de ciudadanía.

En un capítulo de este libro “Redes que dan libertad”, los autores terminan haciendo una especie de sistematización. Ellos descubren ocho rasgos comunes de lo que llaman **nuevos movimientos sociales**. Para nosotros es interesante porque podemos imaginar a la salud como un nuevo movimiento social, si acaso es cierto que es un derecho que le falta actor para poder construir ciudadanía. Si la ecuación da que ciudadanía es derecho más actores, a este derecho seguro le faltan actores. Los rasgos comunes de estos movimientos son:

- primero, en términos generales habla de **ejes emancipatorios del sujeto**, hace emerger al sujeto más que a los individuos y por eso conecta con ciudadanía y autonomía. Es un concepto muy importante porque lo más reciente que se lee de redes parte de la autonomía. Por ejemplo, cuando ustedes hablan de descentralización, descentralización es ir construyendo autonomía y autonomía es la base de redes, es como que las cosas se empiezan a conectar.
- El segundo eje es que estos movimientos no colocan el **poder** como un objetivo predominante, no es que no les interesa pero no lo colocan por delante, esto toma la vieja discusión de Bertrand Russell entre el poder *en sí* y el poder *para*, una cosa es que uno tiene un proyecto y necesita poder y otra cosa es que uno tiene poder y después va a buscar el proyecto. Hoy en día muchas de las dificultades del hacer política pasa por expresiones en las que parece que el poder fuera un objetivo en sí, eso termina comunicando porque al ciudadano no le interesa ver un juego de poder, lo que le interesa ver es el uso del poder en función de la resolución de sus problemas. Entonces por este motivo, estos movimientos, son fundamentalmente orientados a inscribir en la cultura, a cambiar la cultura, incluso cuando hay uso del recurso del poder es para generar hechos culturales, en el sentido más amplio de la palabra cultura. Incluso podemos hablar de la cultura de los servicios de salud.
- En el tercer eje subyace claramente un **cuestionamiento de la modernidad**. Este concepto tiene tres conclusiones muy fuertes para nosotros: primero, la modernidad está muy basada en el concepto de realidad única, verificable, científica, totalizante, relatos universales, el cuestionamiento a una sola red posible es por esto. Un autor en estos nuevos movimientos sociales diría “son ideas muy *modernas*”, modernas en el sentido de la modernidad. Pero en estos momentos hay un cuestionamiento de esta noción de la modernidad. Por eso la idea de redes no es totalizante, son heterogeneidades articuladas. Es un poco lo que planteaba un grupo como *epidemiologías distintas*, distintas en el sentido de que hay distintas realidades.
- El cuarto eje es que son movimientos de **extracción social heterogénea**, no son uniformes, se juntan con mucha libertad, pero aparte con intencionada libertad, consumidores, vecinos, profesionales, especialistas, técnicos, mezcla múltiples miradas y utiliza esa heterogeneidad como fortaleza. A nosotros nos cuesta más que al ciudadano común, porque el sistema técnico-burocrático reduce la posibilidad de pensar estas heterogeneidades articuladas.
- Quinto: generar **organizaciones emprendedoras**, pero muy livianas. Descreen tanto de las burocracias como de los liderazgos carismáticos. Una cosa interesante porque muchos movimientos sociales intencionadamente no tienen líderes visibles o tienen múltiples líderes, no son vulnerables a una persona que es el depositario de toda la expectativa y que puede hablar por todos, equilibran la emergencia de liderazgos. La forma preferida de organización es redes o red de redes, lo cual al mismo tiempo les permite que cuando les conviene son internacional, es cuando no, son totalmente locales, disputan en un mundo específico o en otro.
- El sexto es algo que ya vimos en un lema de la OMS pero parece que en realidad fue generado por estos grupos: **“pensar globalmente pero actuar localmente”**. La lectura puede ser global pero la operación es local. Incluso usamos la comprensión de lo global para actuar mejor localmente.
- El séptimo es interesante porque tiene que ver con la columna uno, dos y la relación con el tres. **Desestructuran los límites entre lo público y lo privado**, no ponen límites claros. Nosotros podríamos decir también, se desestructuran los límites entre lo estatal y lo público o entre el Estado y la sociedad.

Estos ciudadanos que imaginamos en la planificación de los servicios, en ese caso, ¿están afuera o adentro los servicios?. De alguna manera se pierde el límite. Nuestra gente trabajando en los barrios, en ese momento son parte del barrio. Ayuda también a desestructurar los límites, de decir, hasta acá estamos nosotros, de aquí en adelante está la sociedad.

- El octavo es que utilizan **estrategias y técnicas no convencionales**. Generaron nuevas formas de expresión política, en el sentido genérico de la palabra. Aunque muchos de estos grupos se llaman “no políticos”. Uno de ellos es la *estetización* de la protesta, el tema del arte, muchas de las cosas que hace *Greenpeace* están estetizadas como manifestarse con máscaras de gas o pintarse de calaveras, son cosas que desorganizan tanto, que la misma represión se desorganiza. No saben cómo se les tira gas a los que tienen máscara de gas. ☺ Menciono esto porque cambia la lógica, en el choque frontal y en la forma tradicional de expresarse políticamente, al final es una coreografía que las dos partes saben y se refuerzan recíprocamente. Es como un baile, yo avanzo y el otro retrocede, yo retrocedo el otro avanza. Es un juego que está sobreestructurado y llega un momento que no da nada.

En cambio estas otras formas son totalmente transversales que avanzan sobre la cultura y desestructuran. También interesan mucho más, ustedes habrán visto el tema del corte de rutas que es claro, algunos autores dicen que el corte de ruta es porque la gente descubrió lo que pasa, el capital ya no está quieto sino que es nómada, circula, y uno sabe que en realidad hay que bloquear la circulación. La gente descubrió que en realidad afecta más porque el problema no es con el poder político sino con el poder económico, entonces bloquea la circulación económica como forma de expresión política. Pero a su vez, cuando produce eso, viene alguien a negociar, algún político, también viene la televisión y los que están manifestando dejan al político al lado y van a hablar con la televisión porque es una manera de nacionalizar la protesta. Estas cosas muestran cómo van cambiando también las estrategias, las formas de manifestación.

Entonces nosotros tenemos que pensar cómo se expresa, qué cosas expresamos, qué señales mandamos. Implica cómo construimos el derecho a la salud y no es un problema de la gente o un problema nuestro, sino que es un problema conjunto. ¿Cómo se construye ese derecho a la salud? Se construye tal vez con algunas estrategias no tradicionales.

Quería mencionar estos conceptos de “Redes que dan libertad”, para ilustrar el tema de redes que se mueven. Ponemos acá el derecho a la salud. Pero después ... *a parecerse!*. Parecerse es hacerse cargo y hacerse cargo significa construir ese derecho a la salud, por ejemplo en las representaciones de toda la gente que no es de salud, cómo colocamos salud en la cultura de nuestra ciudad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Rovere, M: Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud, publicado por la OPS-OMS, PALTEX N° 96
- Los trabajos de Sluszki y de Castells son capítulos del libro de Elina Davas (compiladora) “Redes. El lenguaje de los vínculos” Ed. Paidós. Son trabajos de un encuentro; el material es bastante variado.
- Fernández Buey y Riechman: “Redes que dan libertad” de Ed. Paidós

TRABAJO DE GRUPOS

Ejercicio. Vínculos y acuerdos:

Cada grupo heterogéneo que se formó hoy era una especie de ministerio, en el sentido de que junta miradas de distintos lados, capta la complejidad en su conjunto. Nos lleva al nivel de red de redes. Pero ahora vamos a dar un salto. Lo que haríamos ahora es volver, del extremo más global al extremo más unitario, algo así como si nos fuéramos repentinamente a la unidad de red.

¿Cuál es la unidad de red? **Unidad de red no podría ser el sujeto, tiene que ser un vínculo.** La red comienza por dos, como mínimo, esto significa que eventualmente nuestra posibilidad es: si lo que teníamos en mente podría ser un tapiz o un tejido, lo estamos viendo pero si lo queremos hacer (pensar globalmente pero actuar localmente) hay que hacerlo punto a punto, hay que empezar a tejer y esto significa ir a la unidad de red que es el vínculo, y este vínculo en términos generales se expresa en forma de acuerdos entre sujetos autónomos.

Sujetos autónomos, aunque de autonomía relativa. Los grados de autonomía o de libertad no solamente dependen de lo que tenemos, de lo que el contrato de trabajo nos permite, sino también de lo que nosotros mismos construimos. Tenemos que reflexionar sobre autonomía porque es el punto de arranque para poder acordar. En este sentido nuestra hipótesis es que, aquí en este contexto, cualquiera puede acordar algo con cualquiera sin que, por el momento, estemos especulando con nuestra capacidad de construir autonomía a partir de nuestra operación conjunta, que el ir encontrando otra forma de expresarnos, de encontrarnos y de identificarnos también es construir mayor autonomía. Esto nos lleva nuevamente a la idea de la **unidad de vínculos** que nos vamos a proponer como un paso adelante, pero no vamos a decir que hoy no hay vínculos. Desde el día que comenzamos, cada uno formaba parte de redes, mayores o menores, dependiendo del lugar, de la historia, de la antigüedad, de la experiencia, etc.

Hablamos de cinco niveles, desde el reconocer hasta el asociarse. Supongamos que al empezar este seminario tenemos un capital de red, y al mismo tiempo como sujeto tengo un vínculo en el nivel A, otro en el B, otro en el nivel C, etc. Asumimos que nadie puede saltar de un nivel A hasta un nivel E en un primer contacto. Sería como que nos conocemos hoy y ya nos proponemos matrimonio. Hay que ir más despacio, lo que podemos hacer en cada unidad de encuentro es avanzar un paso, pasar de reconocer a conocer, de conocer a colaborar, o de colaborar a cooperar.

Con esto, en cierta forma, podríamos reflexionar acerca de cómo avanzan nuestras redes vinculares, las individuales, las unidades de vínculo. Y en este sentido parece que hay una especie de función entre lo que es la dimensión psico-social del vínculo y la dimensión organizacional del acuerdo cuando se dice el matrimonio es una institución estamos diciendo que además de un vínculo es una institución. En teoría ya se ha expresado más de una vez que si uno institucionaliza redes en forma precoz, las puede matar.

Primero estamos en reconstrucción, estamos reconstruyendo, tenemos más una dimensión psico-social de redes pero en un momento dado (llegando al nivel de asociación, en el último encuentro) vamos a trabajar institucionalización de redes. Hay que trabajar una carga fuerte de cómo se institucionaliza, porque podemos *repensar* la red de urgencias pero en algún momento hay que volver a institucionalizarla, sino se pierde, se queda sólo en el acuerdo personal.

Si estamos trabajando en la idea de subir la apuesta de los acuerdos, podríamos decir que se podría avanzar a través de un evento (al que luego nos vamos a referir). Por ejemplo, abrir en el nivel A un nuevo vínculo que no se me había ocurrido antes, o bien un vínculo que ya tengo pasarlo de C a D o de B a C, se puede, en un momento dado, a través de una dinámica que se puede dar en la calle, en los pasillos, en cualquier lado, en este caso nosotros la estamos compartiendo, objetivando y abriendo espacio para que se dé.

Empezaremos una dinámica a la que podríamos llamar de **mesa de negociación** o concertación. Se trata de abrir un espacio donde la gente empiece a revisar la unidad mínima de la red que son los vínculos y en función de eso o bien realiza acuerdos o los revisa. Si no tenemos vínculos ni siquiera en el nivel A, se empieza a acordar. Se pueden hacer acuerdos mínimos como podría ser: *“ahora que entendí lo que usted hace, podríamos hacer algo juntos porque antes no se me había ocurrido”*. La idea es que la misma dinámica va produciendo estos encuentros y acuerdos.

Para generar esa dinámica vamos a trabajar con tarjetas. En la tarjeta, ante cada acuerdo que se va tomando en la mesa, expresamos en una forma sintética en qué consiste el acuerdo. Como si fuera un contrato, explicitamos los sujetos que acuerdan y qué es lo que se acuerda. La idea es armar mesas de acuerdos, organizándolas, nombrando un coordinador que tiene una tarea un poco compleja porque va a operar como *croupier*, va a tener que manejar la mesa o sea sistematizar las tarjetas que se van generando. Incluso en la parte de atrás podemos plantear cuál es el nivel del acuerdo.

Por ejemplo, si se trata de un acuerdo que consideramos de *colaboración*, indicamos que se trata del tipo “C”. También podrá ser de conocerse (por ejemplo se acuerda tener una reunión para enterarse de lo que cada uno hace). O es una primera reunión tan básica que en realidad se reconoce la necesidad recíproca de trabajar juntos a futuro, lo que sería el nivel más bajo, el A.

Las tarjetas son pequeñas, en cuanto que son acuerdos pequeños y se expresan sintéticamente. Después lo que vamos a hacer es armar el tapiz. Se arma en una matriz, es decir una tabla, donde cada unidad aparece en los dos ejes: en las filas y en las columnas. A pesar de que los acuerdos son personales, las unidades vamos a inscribirlas como efectores. Es decir, que si tengo 7 unidades (sólo por dar un ejemplo), y cada efector está en los dos ejes, al final todos cruzan con todos y hay 49 posibilidades de entrecruzamiento¹¹. Sobre esa grilla que representaremos en el pizarrón o un gran afiche, cada tarjeta de acuerdos se ubicará en el lugar en donde se produce el cruce. Es decir, éste es un acuerdo entre el hospital A y el centro de salud B. El Centro estará en dos partes, lo mismo que el hospital. La tabla siguiente debe ser llenada luego del trabajo de los grupos. Como se comprende en cada casillero pueden producirse muchos acuerdos, entre diferentes personas o servicios. Cada acuerdo origina una tarjeta y muchas tarjetas pueden estar ocupando el mismo casillero, en cuanto representan instancias entre servicios de dos hospitales determinados (V. Tabla).

Es como la batalla naval (...)

Está bien la analogía. Acá volvemos a trabajar las redes como habíamos trabajado la primera vez, se vuelven a formar redes específicas. Suponiendo que en primera instancia las redes ya tienen una cierta afinidad, entonces van a aparecer más acuerdos. Sin embargo, la mesa de concertación está abierta y los integrantes pueden recorrer diferentes mesas de acuerdos. El único que se inmoviliza un poco es el *croupier* porque es el que le debe dar la identidad a la mesa, y que después llevará las conclusiones de su mesa a la plenaria. Pero el resto de la gente puede empezar estando en una mesa y luego salir e ir a acordar a otra.

	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5	APS	Secretaría
Hospital 1							
Hospital 2							
Hospital 3							
Hospital 4							
Hospital 5							
APS							
Secretaría							

Cada vez que ustedes trabajan con redes específicas, estamos hablando de la singularidad, de una red, y cada vez que ustedes sienten que están cambiados de lugar estamos hablando de red de redes, o sea admitiendo la pluralidad. Queremos conectar todo, pero tenemos que empezar por algún lado. Desde ese *algún lado* ustedes pueden colocar expectativas nuevas, por ejemplo, el grupo puede tener una historia larga y quiere profundizar nuestra cooperación y avanzar un poco más, o bien recién está empezando a conocerse. Pasa incluso acá, la producción de algunos grupos está facilitada porque hay gente que ya tiene una historia de trabajar en red y otra que no. Esa disparidad en la producción no debe ser tomada como que un grupo trabaja mejor que otro sino que un grupo tiene más historia que otro.

¹¹ La cifra se obtiene de multiplicar 7 casilleros de las columnas por 7 de las filas (49), que son las posibilidades de entrecruzamiento de cada efector con el resto, contemplando incluso la posibilidad de acuerdos intrainstitucionales.

Entonces, la propuesta es la siguiente, se arman mesas con los temas que trabajamos en el último encuentro. Las redes que teníamos eran: de Urgencia, de Salud Mental, de Diagnóstico y Tratamiento, de Mujer y Niño, de Comunicación Social, de Administración y Gestión. Esos grupos se juntan por redes específicas y comienza una tarea de acuerdos, que debería pasar a plenaria entre *quién y quién* se acuerda *qué*. Recuerden que éstos no son acuerdos en vacío, sino que son acuerdos para la visión, estamos en la idea de construcción de redes. Yo podría preguntar cómo vamos a hacer para tener una red donde circulen conocimientos, solidaridad, cooperación, que trabaje con sentido de integración, que haya desarrollo de una red integrada, desburocratizada, construir una red de servicios consensuada, la articulación posible de trabajo en red. A esto que pusimos en nuestra visión de futuro, ¿cómo nos parecemos?. Nos tenemos que parecer a través de acuerdos concretos y ellos son los que construyen esa red. Se hizo como el marco general de un tapiz, ahora hay que *empezar a tejerlo*. Y empezaremos a tejerlo con acuerdos, que pueden ser muy modestos o muy ambiciosos, depende de lo que cada uno pueda acordar en función de donde está y de lo que conoce del otro. Las redes primero son territoriales, pero en cuanto ustedes sientan la necesidad de acordar con alguien que está en otro lugar, cambian de mesa y pueden articular en otra. Al *croupier* le toca pasar a plenaria todas las tarjetas que se acordaron en esa mesa.

Los relatores de los grupos deben ser precisos, solamente deben leer y luego nos pasan exactamente la información de la tarjeta. La idea no es entrar en ningún detalle sino quedarnos con una visión panorámica de lo que se acordó.

El detalle completo de los acuerdos se omite, aunque puede ser consultado en el anexo. Simplemente como muestra se reproducen algunos de los acuerdos intra e interinstitucionales que se producen en los grupos:

- Acuerdo Hospital de Emergencias Clemente Alvarez (HECA)- Sistema Integrado de Emergencias (SIES) para la clasificación de víctimas múltiples.
- Acuerdo HECA-Hospital de Niños “Vilela”: Derivación de los chicos del Hospital de Niños Vilela para que se hemodialicen en el HECA
- Acuerdo HECA-Hospital de Niños: Esterilización de los elementos que se usan en común.
- De asociación: por el tema de las tomografías computadas durante la urgencia, los niños del Hospital Vilela se hacen las tomografías directamente en el HECA
- HECA y SIES, acuerdo de cooperación para capacitación conjunta de integrantes de las distintas plantas en urgencias prehospitales.
- Acuerdo entre el HECA y el SIES de asociación para establecer el sistema de intercambio de elementos de inmovilización, se dejan los pacientes para recuperar esos elementos y no tener que esperar que el paciente se traslade.
- Acuerdo de reconocimiento entre el SIES y maternidad del Roque Sáenz Peña para la capacitación conjunta del personal del SIES en las urgencias tocoginecológicas.
- Entre la Secretaría y el HECA un acuerdo de cooperación para la valoración de capacitación de recursos humanos en emergencias prehospitales e intrahospitales.
- Acuerdo de reconocimiento entre el Carrasco y el SIES en que acordaron reunirse para una mejor resolución de los pacientes y su internación y traslado de acuerdo al nivel de complejidad.
- Entre el Centro de Salud Toba, el Casals y el Departamento de Psicología, realizar gestiones para reforzar los equipos de Salud Mental de los centros en razón del incremento de la demanda y organizar un dispositivo para la atención de los pacientes en crisis con pautas planificadas para su abordaje.
- Entre el Comité de Violencia y el Departamento de Psicología, promover la construcción de la red de contención y prevención de violencia.
- Un acuerdo de cooperación entre el Departamento de Trabajo Social y la coordinadora del programa de TBC para trabajar coordinadamente en el tratamiento supervisado de pacientes con Tuberculosis.
- Acuerdo entre el APS y el Roque Sáenz Peña un acuerdo de planificación sobre la detección y seguimiento de casos de TBC.

- Acuerdo de APS con CEPA ¹², de conocimiento, reconocimiento y cooperación dependiendo de las singularidades de cada centro.
- El Centro de Prevención en Adicciones (CEPA) con el Hospital Alberdi, una acuerdo de cooperación y colaboración sobre el apuntalamiento de la prevención y promoción de adicciones.
- El CEPA y el Departamento de Educación para la Salud, un acuerdo de asociación: planificación de trabajo en escuelas, centros comerciales.
- Educación para la Salud y Hospital Alberdi, continuación en la campaña de detección de diabetes ahora por distrito, acercamiento hacia la población y proyectos en un futuro.
- El centro de Salud Casals con la Maternidad Martin acuerdan derivación desde la maternidad de los pacientes que habitan en la zona del Centro de Salud para su control e implementación de planificación familiar que la Maternidad no posee.
- Entre el grupo “SANAR” del Roque Sáenz Peña y la Dirección de Discapacitados, el acuerdo es tratar de alcanzar el nivel de cooperación. En este momento se está trabajando a nivel de colaboración.


Dr. Rovere:

Estos acuerdos han quedado en un nivel un poco **genérico**, tanto que hacen difícil saber exactamente qué se acuerda. Sería bueno que la misma gente que fue conversando agregue para ayudar a que se entienda, cuál es la naturaleza de los acuerdos porque en algunos queda claro el *marco* pero no exactamente en *qué* consisten. Si uno pensara desde lo metodológico tal vez en algunos de los acuerdos la idea del nivel domina sobre el acuerdo mismo. Tal vez la idea era hacer primero el acuerdo sin pensar en qué nivel y después reflexionar en ello si uno quería. De todas maneras queda como el encuadre sobre el cual trabajar, diríamos un acuerdo marco que después habría que desarrollar en cada caso.

Una segunda reflexión que se me ocurre es la diferencia entre “**nos coordinamos**” y “nos coordinan”. Tenemos alrededor de 90 acuerdos. Son 90 porque tuvimos una hora, si hubiéramos tenido tres horas serían 270. Me parece que los acuerdos expresan que es humanamente imposible que haya alguien que coordine estas cosas. El liberar la posibilidad de contrato, la posibilidad de acuerdos, entre las partes abre espacios a cosas que jamás entrarían, por ejemplo, en una agenda política o en una agenda de dirección. Es imposible que adquiriera la visibilidad de entrar en la agenda la mayor parte de los temas que están planteados acá.

Una tercera reflexión es que a veces cuesta escuchar cuando se trata de relaciones con una secuencia **asimétrica**. Se me ocurrió cuando se hablaba, por ejemplo, los acuerdos entre un hospital y la Secretaría de Salud. Uno tiende a pensar en una relación jerárquica, sin embargo se ve que son acuerdos. Yo diría que hasta una disposición es un acuerdo porque hay una forma de hacerse cargo de un decreto, una resolución o lo que sea, que al final siempre es incompleto y siempre hay que completarlo. Sería imposible hacer una resolución que diga exactamente lo que uno tiene que hacer, las resoluciones tienen que dejar un marco de instrumentación táctica.

Varios preguntaban si estos eran mentira. A mí me parece que esa respuesta. En el tema de los acuerdos, estabilizan si son **ganador-ganador**, ganan. Y eso puede lograr que las cosas que los acuerdos que se logren, pueden contrario, un acuerdo muy bien cae porque ninguna de las dos partes quiere recordar siquiera lo que se puso acá. No hay forma de decir cuál de estos acuerdos es firme, cuál es transitorio, qué acuerdo abre otros acuerdos, no lo podemos saber. Pero me parece que nos abre el ejercicio del acordar como parte de la construcción de red y nos desplaza el tema de la coordinación desde el “nos coordinan” hacia el “nos coordinamos”. Algunas veces este ejercicio lo hemos hecho con formularios más precisos, por ejemplo, en la tarjeta podría aparecer el para qué del acuerdo y el acuerdo mismo, podría también armar un tipo de formulario donde se firmaran los acuerdos. Pero hemos visto



¿acuerdos de verdad o de mentira? Esa pregunta no tiene respuesta. En el tema de los acuerdos, los acuerdos se estabilizan si son **ganador-ganador**.

acuerdos de verdad o de pregunta no tiene los acuerdos se donde las dos partes que están planteadas acá, durar años. O por el elaborado resulta que se

¹² Centro de Prevención en Adicciones

que cuando se firman aparecen menos acuerdos, por lo que sospechamos que a veces se hacen acuerdos porque no se firman. No se puede juzgar de antemano la seriedad del acuerdo.

También me parece interesante en esta dinámica reconocer el tema de hacer público el acuerdo, el escribirlo ya cambia la naturaleza del trabajo y el hacer lo público también, porque me parece muy difícil decir algo y después no hacerse cargo. Uno asume un cierto compromiso y lo pasa a una plenaria, eso le da una cierta fuerza a lo que se escribe acá. Me parece que es una forma también de traer la base del ejercicio a nosotros.

¿y por qué no antes?
tal vez es el modelo
burocrático el que
explica por qué ...

Nos quedaría, si tenemos oportunidad, revisar lo propuesto. Lo que tenemos trabajado aquí expresa lo que habíamos propuesto con el ejercicio más general en el ejercicio de visión. Si luego de tener nuestra visión de red de redes, queremos preguntarnos cómo podríamos concretar esa visión, ojalá podamos contestar con esto. Me parece que muchos de estos acuerdos, aparte de haber sido contruidos con otros compañeros como testigos, uno siente que son impostergables, si se los piensa desde la salud de la gente. A lo mejor uno dice ¿y por qué no antes? ... tal vez es justamente el modelo burocrático el que explica por qué no antes.

También me queda la sensación de que un **desacuerdo explícito** es mejor que no hablar el tema, creo que el grupo avanzó en explicitar el desacuerdo y a partir de ahí podría, hasta inclusive, llamar a una mediación, a lo mejor en ese punto específico hace falta un tercero reconocido por las dos partes que encuentre una solución que sea ganador-ganador.

ASOCIACION

REDES EN MOVIMIENTO. PROGRAMACIÓN EN RED

Dr. Rovere:

Vamos a comenzar este 5º encuentro tratando de compartir la reflexión sobre la posibilidad de ir construyendo un clima de encuentro, un clima de comprensión del proceso que hemos desarrollado en forma conjunta. Recordemos que hasta ahora hablamos de cuatro niveles: reconocimiento, conocimiento, colaboración y cooperación. Hoy nos queda hablar de la asociación. Y lo plantearemos en una forma que nos aparte del clima de final, de último encuentro. En este sentido, evidentemente, la tarea tiene un cierre, pero es un cierre que abre, es una especie de inauguración también. Eso sólo en un sentido metafórico, porque nos ayuda en determinados momentos, que los procesos alcancen un punto de síntesis, para poder volver a abrir a otro momento de análisis. Y la síntesis es mucho más importante de lo que parecía, porque habrá quien se plantea “pasar del análisis a la acción”; pero en algún punto tenemos que hacer una cierta síntesis. De todas formas, hay una comprensión que nos resulta vital compartir. El día en que trabajamos sobre la idea de vínculos, la gente trató de recordar a quiénes conocía, a quiénes veía frecuentemente, a quiénes podía pedir algo, con quiénes tenía relación. Este momento de la reflexión nos permitió señalar que la idea de redes no era nueva en la organización, en el sentido de que es la forma natural como nosotros nos articulamos y que la tarea, eventualmente, era una tarea de hacer más rica la densidad de esas interconexiones o vínculos. Y habíamos llegado a plantear que el poder de las organizaciones eran sus vínculos. Lo que nos tendríamos que plantear, en sentido de qué cargarle a este espacio, es si consiguió aumentar la densidad de las relaciones o de los vínculos en relación a su punto de partida o al momento en que el dispositivo comienza a operar.

También nos convendría reflexionar sobre el dispositivo mismo:

- ¿hasta qué punto un espacio de esta naturaleza es un espacio artificial?
- ¿hasta qué punto el escenario normal es el escenario en el que estamos y este escenario aparece como uno artificial?
- si éste es un escenario artificial ¿hasta qué punto logró modificar algunas cosas en el escenario natural?
- Eventualmente preguntarnos si al escenario natural no le falta algo en términos de lo que podríamos llamar espacios de reflexión, espacios en donde las personas pudieran *deslocalizarse* y pudieran conversar desde una posición diferente a la que le toca más o menos fija como puesto de trabajo. Y puesto de trabajo es más o menos como decir: *“éste es el lugar donde yo me paro en la cancha”*. El problema es que yo estoy todo el tiempo viendo el partido como arquero; después voy a leer el diario para ver qué partido fue porque desde el arco se vio otro partido, desde mi lugar vi otro partido. Pero hay un espacio donde la gente se reúne afuera del juego y parece que tiene mucha importancia e incide sobre la calidad del juego. Creo que ésta es una reflexión más amplia que tenemos que hacer sobre nuestra posibilidad de ir construyendo estos espacios. Está claro que sería muy ambicioso imaginar un espacio, porque sería suponer que uno podría abrir un espacio donde 2000 o 3000 personas interactúen y puede no ser práctico, ni siquiera eficiente o útil el tiempo. Sin embargo, pueden abrirse múltiples espacios, más pequeños, para reflexionar, que pueden estar cargados con muchas cosas: con ejercicios de evaluación, de programación, de planificación, de gestión de calidad, de revisión de la calidad de los procesos, de análisis de redes, no necesariamente hay un guión único, hay múltiples guiones.

La relación “**reflexión** para la **acción**”, no es un espacio social, y puede hacer la diferencia en la calidad de la acción. Esto es algo que en el sector Salud nos debemos a nosotros mismos y tiene mucho que ver con esta idea de que nuestro sector trabaja los siete días de la semana, los 365 días del año, las 24 horas; esta idea de tren continuo, da una cierta sensación neurótica. Yo me acuerdo de los Altos Hornos, en Zapla, donde existe el problema de que el Alto Horno no se puede apagar. Uno no trabaja todo el día, trabaja ocho horas, pero de

todas maneras está en un lugar que sabe que no se puede apagar nunca. Esa sensación se nos transmite a nosotros al trabajo, aunque nuestro trabajo en realidad no sea ni de 24 horas, ni de siete días a la semana.

Eso nos va instalando en el sector Salud una idea de tren continuo de producción que no puede parar, es la dificultad más grande llegar a cualquier centro de Salud y descubrir, cómo vamos a hacer tal o cual cosa si estamos tapados por la demanda, cómo vamos a hacer tal reunión si no damos abasto y esa sensación de estar saturados, de existir una sobreoferta, de estar sitiados, empieza al final a empobrecer nuestra calidad de trabajo. El empobrecimiento de la calidad de nuestro trabajo se transforma en un empobrecimiento de la calidad del producto y el resultado es una **salida productivista**, en el sentido de enfatizar lo cuantitativo.

Esta es una fuga que ha tenido el sector Salud históricamente, que se vincula mucho con una definición que leí hace poco del concepto de fanático, que dice: *“fanático es una persona que cuando perdió sus objetivos, redobla sus esfuerzos”*. En cierta forma a veces nos parece un sector fanático, justo cuando no sabe para dónde va, aumenta la marcha. En ese sentido hay puntos donde vale la pena parar, mirar, reflexionar, redefinir, reencontrar los objetivos y a partir de ese reencuentro de los objetivos uno descubre que a lo mejor no había que hacer tantas cosas, sino hacerlas mejor. Richardoll decía, refiriéndose a la investigación: *“me gustaría que hubiera menos trabajos científicos y más ideas”*, hasta los trabajos científicos se transformaron en productivistas porque la gente vale por la cantidad de trabajos publicados.

Como una especie de paráfrasis de esta imagen, tengo la sensación de que, en el sector salud, uno podría decir que hacen falta menos cantidad de consultas y más capacidad resolutive en las consultas. Lo digo para entender el punto al cual me estoy refiriendo en relación al tema de lo cualitativo, de la calidad, de la capacidad resolutive de las cosas que hacemos, de lo contrario vamos a cumplir un mandato que nos regaló el modelo de la Administración tradicional que es transformar a los servicios de Salud en fábricas de consultas y egresos, y es en definitiva de lo que tenemos que tratar de salir. Tenemos que encontrar, a través de esta redefinición, el contacto con la gente, que perdemos por un modelo productivista que nos hace *procesar gente* más que conversar con ellas y entender qué es lo que necesitan, qué es lo que piden cuando lo dicen y qué es lo que necesitan cuando no lo dicen, pero podemos decodificar desde los servicios de Salud.

En ese contexto más amplio se instala hoy la idea de que superemos cualquier sensación de cierre y tratemos de instalar un clima de inauguración. Ese clima de inauguración es plantearnos que esta etapa es de equipamiento con nociones, con ideas que circularon por este taller. Si la posibilidad de equiparse teóricamente, de realizar una práctica de esta naturaleza, la vemos como un privilegio, estaremos haciendo una exclusión con nuestros compañeros; si lo vemos como una tarea, porque se tiene que difundir algo, tiene que hacer circular nociones, mejorar vínculos, entonces es una carga pública participar en este taller y sacar las ideas de adentro, porque si las ideas se quedan acá dentro no tienen ningún valor.

Con esta idea inicial entramos en una especie de módulo que es un poco todavía del 4 y algo del 5. Recordemos los cinco niveles, elemento referencial al que siempre volvemos:

- el **reconocer** que el otro existe, nos ha ido sirviendo para entender e ir configurando nuevos mapas. Uno podía haber hecho el mapa de nuestros servicios de salud al comenzar el taller y hacer ahora otro y compararlo, ver si cambiaron los mapas que cada uno tiene en su cabeza en relación a qué conjunto de instituciones trabaja, qué analogías o qué configuraciones le están sirviendo para entender mejor la organización en la que trabaja y también cómo reconoce a los otros, cómo reconoce que existen.
- El segundo nivel, que acompañó a nuestro segundo módulo es también el tema del **conocer**, la idea de conocer que el otro existe, la idea de un interés por saber lo que el otro hace, por saber lo que el otro es. Aparecieron cosas que ustedes a lo mejor ni se imaginaban que se hacían en los efectores de nuestra red. Hay tareas muy fundantes y tareas muy visibles. Pero otras no son tan visibles y uno podría haberse enterado aquí que estas tareas se estaban haciendo, así como conocer a quienes estaban a cargo; a lo mejor uno conocía nombres, apellidos, pero no tenía caras, fotos, imágenes, no podía saber qué tan accesible o inaccesible era conectarse con esa persona o con esa unidad. Cada uno de esos niveles nos fue costando un poco más.
- Un tercer nivel nos colocó en la idea de **colaboración** y habíamos empezado a ver gestos más o menos simples 🤝, más o menos iniciales 👉, gestos de buena voluntad 🤔, gestos de interpelación 🗣️, gestos que construyen reciprocidad. Hay un texto reciente de Mario Testa que es una disertación cuando lo hacen Doctor *Honoris Causa* en la Universidad de Bahía. El menciona un momento muy vital de su vida donde lo

estaban ayudando y no tenía otra posibilidad que hacerse ayudar. La única cosa que se le ocurría era decir gracias, decía tantas veces gracias que alguien le dijo: *“no digas más gracias, en realidad si te sientes así busca formas de retribuir”*. Busquemos, entonces, formas de retribuir, busquemos estructuras de reciprocidad. La gente hace gestos y va buscando estructuras de reciprocidad y sobre esos pequeños juegos de reciprocidad, de colaboración, esos gestos que en algún momento dado aflojan las relaciones, rompen las imágenes rígidas, estereotipadas: *“con este hospital no se puede trabajar”*, *“de acá no esperes nada”*; todas estas cosas empiezan a romperse cuando empiezan a aparecer esos gestos, que reconocemos como más importantes, que quieren decir otra cosa, que mandan mensajes y que van construyendo redes de reciprocidad.

- En el último encuentro ya nos habíamos entablado en un tema más complicado, que era trabajar arriba de estos gestos de reciprocidad, en niveles de **co-operación**. Empezamos a descubrir que había cosas que podíamos hacer juntos, podíamos operar-con, podíamos co-operar. Y esta idea de cooperar ya empezó a movilizar lazos de solidaridad, en cierta manera empezaron a aparecer otras cosas.

Tal vez fue un momento de aterrizaje, en algún sentido, hoy puedo estar hablando acá sobre el piso que me otorgan los 90 acuerdos que se establecieron y se manifestaron públicamente en la última reunión. No son una red homogénea pero configuran un piso de acuerdos operativos que van creando la sensación de nuevos cimientos vinculares, es una sensación de situación concreta. Hasta parecía un salto grande entre lo que imaginamos como visión y estos elementos tan específicos, concretos, que aparecen allí. Algo nos quedó dando vueltas. Preguntarnos qué sujetos externos a las personas mismas que estuvieron acordando hubieran sido capaces de detectar esas necesidades expresadas por esos 90 acuerdos. En cierta manera, desde mi lectura, es una forma de expresar hasta dónde nos ha llevado la irracionalidad burocrática. Lo que supuestamente era el paradigma de la racionalidad nos puede haber llevado a la irracionalidad burocrática. Porque esta racionalidad nos llevaba a suponer que esos 90 acuerdos *“los debió haber hecho otro”*, o los debió haber detectado otro, desde algún otro lugar se debió haber visto esa necesidad. Lo que representan esos 90 acuerdos es tanto lo que se puede hacer, como lo que estábamos dejando de hacer. Y lo que no estamos haciendo, refleja la medida en que nos imaginamos que es otro a quien le toca hacer eso, que esa no es una tarea nuestra, porque nuestra tarea es la de *“estar en el lugar que tenemos estar”*, como decir: *“yo soy marcador derecho, el gol lo hicieron por la izquierda, así que a mí no me miren. El delantero por acá no pasó, así que si ganamos o perdemos no es asunto mío”*. Yo no sé si un director técnico quiere ese tipo de jugador, pero si fuera un burócrata sí querría un tipo de jugador así, querría poner a cada uno en su lugar y esto se usa: *“lo puse en su lugar”*, ésta es una analogía que está expresando eso. La sensación es que en nuestros ejercicios logramos *deslocalizarnos* y poder inaugurar un *mecanismo de acuerdos*. No tienen tanta importancia los acuerdos en sí, pero sí tienen importancia porque nos expresan la posibilidad de realizar, por supuesto que más importante va a ser que los podemos sostener. Esto a nivel de nuestro *“estado del arte”*, hasta aquí llegamos.

También podríamos preguntarnos ¿cómo seguimos?. Esta pregunta podríamos descomponerla, para operativizarla.

La primera parte sería ¿cómo concretamos esta idea de **redes en movimiento**?. Esto, a lo que hemos comparado con caravanas, de un sistema de salud nómada, de una red que se mueve, pero se mueve fundamentalmente en el tiempo, está viajando en el tiempo y se va reconfigurando. Habrán visto últimamente las películas que ponen una cámara que graba lentamente la totalidad de un día, pero si uno lo pasa a gran velocidad cobra animación, se ve la mañana, la tarde y la noche circulando en un minuto. Si alguien tuviera una película suficientemente sensible para tomar nueve años de movimiento de la Secretaría de Salud de Rosario y después la pudiera pasar en una hora, veríamos que se mueve, y cómo lo hace. Notaría incluso algunos cambios estructurales que tienen mucho que ver con el día de hoy que también es de inauguración. De tal manera vamos a tratar que en vez de hacer clausura e inauguración, vamos a tratar de hacer inauguración todo el día.

¿Inaugurar qué? Inaugurar esta idea de redes en movimiento. Redes en movimiento supone entonces el descubrimiento de la dimensión temporal que nos conecta directamente con el pasado y con el futuro. El conectarnos con el pasado y el futuro, saber de dónde venimos y adonde vamos, en cierta manera empieza a movilizar aquellos dispositivos de **historia** que últimamente habían caído un poco en desprestigio. Porque hay

un mensaje cultural para tratar de pensar sincrónicamente, algo así como “*se terminó la historia*” “*no más diacronía*”.

Hay, entonces, una especie de operación contracultural, que es recuperar la historia y el futuro y esto es **recuperar el sentido de proyecto**. Y esto es también decir que cada persona, cada uno de nosotros, cada instancia, cada institución, cuando tiene un proyecto, puede articularse más fácilmente con el otro. O sea que en cierta manera las palabras programación y planificación se articulan con el concepto de redes y lo facilitan. Instituciones que planifican o programan se articulan mejor en redes. Las redes a su vez pueden ser sujetos en esa programación o planificación, ellas mismas pueden planificar. En cierta manera redes que planifican, **redes que programan** es un poco una de las tareas que nos vamos a proponer el día de hoy. Esto significa proyectarse en el **nivel de asociación**, porque en ese nivel empezamos a compartir. Si se me permite esta analogía, que nos ha ido acompañando siempre de costado, en cierta forma el nivel de asociación es más exigente porque requiere compartir. La novedad es que esta *pareja* que empezó reconociendo que el otro existe, que empezó mandándose flores y demás, ahora ha decidido convivir. En este momento pueden empezar los problemas, no sabemos cómo se va a resolver esto. Si hay convivencia se comparten recursos, y esto sólo si se comparten proyectos. En cierta manera este *matrimoniar* los vínculos se hace porque hay proyectos, los acuerdos son productivos, se abren en la lógica de proyectos.

Por ese motivo, el día de hoy trabajaremos con un referencial muy simple, con los elementos más básicos, lo que podría ser, como subtexto, una guía de programación. Pero es una programación muy sencilla, no demasiado *tecnificada*. La vamos a organizar simplemente en forma de preguntas, que usaremos como guía para un ejercicio de redes. Cada una de las redes va a tratar de ver si puede encontrar un proyecto. Aquí estoy jugando con la idea de *programa y proyecto* en una forma analógica; no son lo mismo pero de todas maneras voy a jugar con todos estos elementos proyectivos hacia adelante: planificación, programación, proyecto, presupuesto; son elementos que están referenciando la idea de futuro y que en este caso nos pueden servir para saber, incluso, si las redes pueden organizarse alrededor de una propuesta, si pueden ser productivas para hacer algo que espontáneamente no hacen. Los 90 acuerdos que se lograron son un test de convivencia, podemos convivir, ahora vamos a ver si también podemos producir, que sea una producción de conjunto, algo que ninguna de las personas que están en ese lugar o en esa red podría producir por sí sólo, algo nuevo que se podría llegar a producir.

La segunda cuestión. Trataremos de instalar la idea de **evaluación**. Es algo que podría parecer un contrasentido: estoy tratando de decir que hoy es un día de inauguración y hablamos de evaluación. El mensaje es: quisiera usar la evaluación para inaugurar, como un mecanismo que no cierra sino que abre. Cómo usamos la evaluación para abrir es algo que hoy vamos a tratar de explicar.

Imagínense que este ejercicio, estas preguntas, son para hacer a la red. En este caso habíamos imaginado que este plenario es un espacio de red de redes y que cada uno de los grupos podía constituir una red. Sabemos que lo que se expresa acá es solamente una parte pequeña de la red, porque cada participante tiene sus propias redes y cada grupo es representante de una red.

En toda ciudad hay líneas de comunicación urbanas e interurbanas. Nuestro plenario es como una red urbana e interurbana y también la conexión entre los distintos grupos que se van configurando acá. A partir de este imaginario, podríamos secuenciar una serie de preguntas:

- Primero ¿cuál es el **problema trazador** de la red?. En otras palabras, la red tiene que imaginarse interna o externamente cuál es su principal deuda, cuál sería aquel problema o situación donde quedó más de manifiesto que la red no operaba como tal. Esta es una pregunta **problematizadora**. Algo así como analizar el *peor gol* que nos hicieron. ¿Qué situación puede ser vivida, si fuera posible por todos los participantes de ese grupo, en donde haya quedado clara nuestra deficiencia de red? A lo mejor es un problema que ya hemos tratado o a lo mejor nunca lo tratamos. ¿Cuál es el problema trazador de la red?, ¿cuál es el problema que desnuda la falencia de la red, que nos hace mostrar para adentro y para afuera como “*no red*”?, ¿cuál es el que nos pone más en crisis?. El problema trazador, en términos genéricos, nace afuera de la red, el problema no es la capacidad operativa de la red pensada en abstracto, sino que es un problema concreto que se supone que la red debería resolver y no resuelve. Cuando estoy hablando de la red me refiero a la de Urgencias, a la de Diagnóstico y Tratamiento, etc. Podríamos decir que internamente sentimos que tenemos capacidad para manejar grandes catástrofes y a veces hay problemas sencillos que se

nos escapan, o al revés, tenemos capacidad de respuesta para ciertas cosas, pero para la situación de “ciudad en emergencia” no estamos preparados y nos dejaría a la intemperie, incluso frente a la población, si apareciera ese evento. El sector Salud está lleno de emergentes de este tipo, en un momento dado - uno dice - *parece que toda la ciudadanía mira hacia nosotros*. ¿Qué hecho haría que toda la ciudadanía mire hacia nosotros y nos haga sentir mal en el sentido de que no tendríamos capacidad de respuesta para eso? Obviamente podrían aparecer varios problemas, pero en tal caso nos preguntaríamos ¿cuál es aquel problema que requiere la participación de la mayor cantidad de personas?, cuál sería trazador, en el sentido de que yo mandara algo a través de la red que tuviera, por sus características, necesariamente que circular y a través de su circulación desnudara si hay cortocircuitos, si efectivamente hay paso o no, si hay o no obstáculos. Éste sería nuestro punto de anclaje. Cuando buscamos un problema que sea trazador para la red, debe involucrar a todas las personas del grupo. Por ejemplo, si un problema se plantea y cuando se discute hay varios a los que les parece que no los involucra, ese problema no va a servir. Tiene que ser un problema vigente para todas las personas que están en el grupo; algo que toda la gente que participa en el grupo lo sienta como un problema propio.

- Una segunda pregunta sería: ¿qué **desempeño** quisiéramos lograr?: Esto es decir qué capacidad resolutive quisiéramos lograr. Aquí se trata de prever, imaginar *cómo debería ser esto si funcionara bien*. Mientras la primera pregunta es problematizadora, ésta es **modelizadora**; tenemos que imaginarnos una forma de respuesta distinta para este problema, tenemos que construirla en nuestra cabeza, construirla intersubjetivamente, tiene que ver con la visión, es totalmente proyectivo. Este momento está pidiendo - bajo la lógica de que uno no desea lo que no ve - que veamos o imaginemos lo que queremos hacer en términos de funcionamiento. De igual manera que con el problema trazador, tiene que involucrar a todos. Tendría que mostrar una resolución de equipo. Si alguien cree que los puede resolver solo, no va a funcionar, no sirve como ejercicio. Es algo que nadie puede resolver por sí solo, sino sólo el esfuerzo conjunto, desde el problema hasta lo que queremos como desempeño.
- Una tercera pregunta es **¿Qué hacer?**. Aquí nos plantearíamos qué vamos a hacer para lograr cumplir con la respuesta a la pregunta anterior. Una vez que hemos previsto, hemos imaginado cómo debería ser esto si funcionara bien, tenemos que plantearnos qué medidas concretas vamos a implementar para lograrlo. Estas medidas concretas pueden hacer, sorpresivamente, que *reabsorbamos* algunas de las tarjetas de acuerdos que ya habíamos planteado antes, pero que habían sido construidas en respuesta a otra pregunta específica, vinculada al tema de los acuerdos unilaterales. Podría ser que la propuesta vaya enhebrando varias tarjetas de las que nos hemos planteando hasta ahora.
- La siguiente pregunta: **¿con qué lo vamos a hacer?**. Esto pone en juego la lógica de los **recursos**, plantearnos con qué elementos, con qué disposiciones, con qué recursos vamos a tratar de enfrentar o hacer esto. Pero los recursos que se ponen en juego no necesariamente son recursos materiales. En un momento dado los acuerdos o el conjunto de acuerdos, requieren un respaldo legal, en consecuencia, el recurso que estamos imaginando es un recurso legal. O el recurso que estamos necesitando es capacidad de convocatoria, tenemos un espacio o dispositivo que son reuniones, pero no tenemos la capacidad de convocatoria para llenar esos espacios o conseguir que la gente venga a esas reuniones.
O el recurso crítico puede ser “conocimiento”; podemos descubrir que después de los elementos que teníamos, la tenemos clara en este sentido, pero descubrimos que hay una operación táctica que habría que hacer, que nadie sabe hacerla. Y si nadie sabe, se trata de un recurso crítico para nosotros. La pregunta será entonces, con qué recurso podremos contar para acceder a ese conocimiento. En otras palabras, los recursos que se ponen en juego pueden ser materiales, pero también pueden ser simbólicos: capacidad de convocatoria, capacidad de organización, conocimiento.
- Hay otra pregunta que nos dice, a partir del con qué lo vamos a hacer, **cómo nos organizamos**. Esta pregunta es absolutamente clave porque en este momento, frente a la *burocracia* no podemos oponer *desorganización*. Si queremos oponernos realmente a una propuesta burocrática, tenemos que generar *organizaciones* no burocráticas. En consecuencia, para avanzar hay un determinado punto en que necesitamos organizarnos. La organización depende mucho de la tarea, depende del momento y de la

complejidad de la tarea.¹³ En cierta forma podríamos decir, tendiendo a un nivel mínimo de burocratización, tenemos que saber en qué momento la complejidad de la acción requiere alguien que se haga cargo específicamente o parcialmente de eso o que siendo jugador al mismo tiempo tenga una función grande que sería la de coordinación o de mandar alguna señal al conjunto para operar. Esto empieza a hacernos emerger el tema de lo **jerárquico** pero en un sentido distinto, no estamos hablando de lo jerárquico de arriba para abajo, sino de abajo para arriba, en qué momento nuestra necesidad organizativa requiere una tarea adicional que sería organizarse. Podría darse la situación, incluso, de que la organización fuera multicéntrica.¹⁴ Estoy mencionando esto porque en el espacio de asociación, donde la imagen es de pareja-matrimonio, se puede meter la institución en el medio. El tema es cuándo hace falta lo **institucional**, cuándo es una base de soporte y cuándo lo institucional puede ahogar incluso la flexibilidad de la red y producirnos “*arteriosclerosis* de redes”. Estoy jugando con imágenes para decir, necesitamos una organización, pero una organización no es poner un jefe, es hacer lo que pide la tarea, no lo que pide nuestra idea de burocratizar. Lo que ganamos de la flexibilidad de redes tenemos que protegerlo para que la institución no lo esclerose, que la mantenga viva y funcionando. En este sentido es que se instala la pregunta de cómo nos organizamos.

- Hay una pregunta más: **¿cómo sabemos si hay avance?**, ¿de qué forma esta organización informal, esta red, se va a dar cuenta o va a tomar señales de que la cosa está funcionando? Obviamente la pregunta no se refiere a si ya se alcanzó el punto B, porque el punto B sería el alcance del objetivo que se plantea lograr.

Pero este punto lo que está planteando se refiere más a la idea de **monitoreo**, de qué manera se monitorea la realidad para saber si esta red está avanzando en el sentido de su objetivo. Esto nos puede remitir a la idea de indicadores o señales. Tenemos hoy buenas señales, lo que está pasando acá nos puede servir como una señal de que lo que queríamos lograr lo estamos logrando.

En resumen, los seis interrogantes son los que mostramos en el cuadro:

- | | |
|--|---|
| 1: problema trazador de la red
2: desempeño o capacidad resolutive buscada
3: qué hacer para lograr ese desempeño
4: con qué hacerlo
5: organización
6: monitoreo | Fíjense que las preguntas tienen la idea, en primer lugar, de interrogar, pero al mismo tiempo subyace una lógica de método . También podría decir que por detrás de estas preguntas están los conceptos de análisis, hay objetivo o visión, hay actividades, recursos, organización y hay monitoreo y evaluación. Planteado de esa manera |
|--|---|

es un ejercicio técnico. En realidad estas preguntas las podemos trasladar a muchos otros proyectos o iniciativas y al mismo tiempo hacer participar a un grupo grande de gente aunque no tome cursos de programación, porque para poder recuperar la programación como una acción cotidiana, para poder ponerla como parte de la tarea habitual de los servicios de Salud, podemos desarrollar herramientas mucho más sencillas de programación que no signifiquen mediaciones tecnocráticas, planillas, matrices, sino preguntas concretas para que desde cada lugar la gente diga qué sentido tiene lo que estoy haciendo.

Programas y/o proyectos

¹³ Usemos una analogía que podrían ser los conjuntos musicales: si yo tengo una banda de cuatro, quizás no haya director formalmente; sin embargo alguno funcionará en un momento dado diciendo cuándo empezar, aunque también sea miembro del grupo. Hay algún momento de la complejidad en donde la orquesta se pone un poquito más complicada. Si llegamos a una orquesta sinfónica, sin director sería inviable que la gente tocara la misma cosa al mismo tiempo.

¹⁴ Supongamos una patología que si desde la detección hasta el tratamiento no media menos de seis horas, existe la posibilidad de muerte alta; por ej. la meningitis meningocócica, desde la detección hasta el tratamiento tiene que mediar un tiempo limitado, porque el riesgo de muerte puede ser muy alto. En esa capacidad resolutive es tan evidente que tenemos que operar como una orquesta, hace falta alguien que conduzca el proceso y no suelte nunca al paciente hasta garantizarnos que esté en el lugar correcto del tratamiento. Pero ese alguien no tiene por qué ser uno, podríamos decir: “en esta red, cuando aparezca esta patología, el primer contacto queda liberado de cualquier otra tarea hasta que garantice que este tratamiento esté instalado”. No es que deriva, viaja con el paciente hasta que esté en el punto correcto de capacidad resolutive, el “jefe”, el que lidera es ése, pero no es un ése concreto, sino el ése que le tocó el primer contacto.

Un planteo fuerte en relación al tema de programación es cuándo usamos programas y cuándo proyectos. Podríamos hacer programas y proyectos con las mismas preguntas, pero vamos a recordar sus diferencias:

Construir un hospital es un proyecto, hacerlo funcionar es un programa.


- cuando tenemos que instalar toda una problemática nueva, construir una infraestructura, algo que luego, a su vez, va a producir esta tarea, es un proyecto. El proyecto da la sensación o manda el mensaje de transitoriedad, es una

jugada única y fuerte, una instalación, un equipamiento. *Construir* un nuevo centro de atención es un proyecto.


- Ahora, si nos imaginamos formas de funcionar, formas de que el funcionamiento nos vaya llevando a determinados objetivos, formas regulares de acompañamiento, estas formas adquieren carácter programático. Construir el CEMA es un proyecto, hacerlo funcionar es un programa.

Nosotros podemos tener un quehacer cotidiano, y ese quehacer probablemente pueda ser incluido en un **programa**. ¿Qué ventaja existe en el hecho de incluirlo en un programa? Al hacerlo podría descubrir para qué sirve lo que hago. Un programa, en consecuencia, confiere significado a lo que hacemos porque decimos para qué sirve lo que estamos haciendo. Dicho en otras palabras, el quehacer cotidiano nuestro está en un lugar, el por qué lo hacemos se responde desde otro lugar imaginario. Imagínense que ustedes desde hace diez años hacen algo y alguien de repente les interroga *¿y para qué lo hacen?*, esta pregunta le confiere significado a lo que hacemos todos los días. En realidad lo hacemos *¿para resolver qué problemas?* Si nos preguntamos eso podríamos descubrir que podemos hacer otras cosas para resolver los problemas, nuestro compromiso podría ser con la actividad o podría ser con el problema. Si nuestro compromiso es con el problema, a lo mejor se pueden hacer otras cosas.

Y el **para qué** lo hacemos es un *proveedor de sentido*. En otras palabras tomar nuestro quehacer cotidiano en términos de acciones, actividades y la ponemos dentro de una lógica programática, vamos a tener que contestar por qué lo hacemos y para qué lo hacemos. Al contestar por qué lo hacemos vamos a descubrir un nuevo **significado** de nuestra tarea y al contestar para qué lo hacemos vamos a descubrir el **sentido** de nuestra tarea. A esto lo pongo en positivo; un programa o un proyecto le da direccionalidad al quehacer, pero también lo podría poner en negativo: la ausencia de planificación y programación hace perder sentido y significado a nuestras tareas. Insisto, si la tarea es regular, sistemática, permanente, la analogía es programa; si la tarea es excepcional, única, para generar un nuevo paso, un nuevo equipamiento, una nueva base de funcionamiento de la organización, es un proyecto. Los dos podrían hacerse, en última instancia, respondiendo a las mismas preguntas.

 *Con respecto a la diferencia entre programa y proyecto: ¿Son opuestos o complementarios?*

MR: La diferencia entre programas y proyectos no es jerárquica, aunque algunas escuelas de planificación lo ponen así. En realidad programas y proyectos son dos cosas distintas que pueden convivir. Es como si pensáramos en lo regular y lo excepcional, como nuestra propia vida, tenemos cosas regulares y cosas excepcionales. Pero tu pregunta está llamando a otro concepto que es el de planificación. En un proceso de planificación, programas y proyectos adquieren a su vez un sentido diferente. La pregunta que vos podrías hacer es *¿qué da la suma de programas y proyectos?* Eso es lo que otorga un proceso de planificación. Es interesante porque llegamos hasta ahí de abajo para arriba, no empezamos desde las políticas, empezamos desde los 90 acuerdos que hicimos en el encuentro anterior. Llegamos a la planificación como una necesidad. Podemos ponerlo así, como una analogía, las redes pueden hacer programas o proyectos, la red de redes debería planificar.

 *Esta diferencia entre lo excepcional y lo regular, parece que debe entenderse como que el proyecto instala un cambio, después hay que sostenerlo y sería tarea de uno o varios programas. También entiendo, y quiero ver si es correcto, que un programa puede contemplar situaciones excepcionales; o sea, la resolución de lo excepcional no necesita del proyecto, el proyecto lleva a un cambio de capacidad resolutoria que después se verá cómo se sostiene. Pero el problema excepcional puede estar contemplado en el programa.*

MR: Lo que pasa es que también tenemos que conectarlo con la idea de **problema** porque sino nos va a quedar suelta la otra cara. Un problema va a tener un conjunto de explicaciones de carácter funcional y un conjunto de

explicaciones de carácter estructural. En cierta forma, la operación, la intervención sobre las explicaciones funcionales, va a producir una reducción o solución del problema, en algún sentido, transitorio, porque el problema va a volver a aparecer. Por ejemplo: poner baldosas sería hacer un proyecto, cortar el césped es un programa que consiste en cortarlo. Cortar el césped es un programa que no resuelve el problema. Los servicios de Salud tienen más programas que proyectos, porque no resuelven los problemas, en el sentido de que vuelven a aparecer.¹⁵ En general los sectores sociales tienen esa tendencia, desde el Estado se ve que hay más proyectos en el área económica que en el área social, el área social tiene más programas que proyectos.

Veamos, como ejemplo, el caso del CEMA¹⁶. Esta ciudad no tenía infraestructura suficiente para atender la Atención Ambulatoria compleja, ese problema dio origen al proyecto CEMA. El proyecto CEMA se extingue en sí mismo una vez que esté el CEMA, como proyecto no tiene más sentido, pero le abre el espacio a un programa que es ver cómo funciona. En un proceso de planificación, programas y proyectos se pueden ir secuenciando.

Está claro que un proyecto puede instalar un programa, o bien un programa podría adquirir un nivel de cercanía con el resultado cuya última fase requiera un proyecto. Voy a poner otro ejemplo real: la vacunación antivariólica fue un programa de 100 años, en última instancia podríamos decir 200 años, porque 200 años después de que se descubrió la vacuna se erradicó la viruela. En este arco la vacunación contra la viruela era un programa, pero la erradicación de la viruela fue un proyecto. Es más, en términos económicos la erradicación fue muchísimo más cara que 5 años de programa. Fue un proyecto porque se suponía que lo que se iba a ahorrar después, si se erradicaba, justificaba una inversión excepcional para vacunar con cobertura total. Lamentablemente tenemos pocos ejemplos de erradicación como el de la viruela. Pero el resto de las cosas el sector Salud las resuelve programáticamente, no en lógica de proyecto.

✎ Cuando hablabas del problema trazador, de las falencias, los cortocircuitos y obstáculos, pensaba que de alguna manera los problemas de la red son los que van dando un movimiento. A partir de los problemas puede haber una resolución y una manera de vincularse. Decías que estos problemas nacen por fuera de la red. ¿No están por dentro, en tanto pensamos que la red se integra con personas y con instituciones que van anudando estas cosas? ¿o, en todo caso, por fuera y por dentro?

MR: En realidad lo que subyace acá y que no aclaré es que hay problemas finales que son problemas externos a la red, pero que al mismo tiempo son terriblemente pertinentes. Si vos sos infectólogo y esta mañana lees en el periódico que hubo un caso de Hantavirus, vos sentís que ese problema tiene algo que ver con vos. La idea de que es un problema de la red pero no un problema interno sino un problema para la red, nos da la idea de un problema externo en el sentido de problema terminal, es un problema de la gente que a su vez la red tiene que resolver.

También, como has señalado muy bien, hay problemas intermedios, que son problemas del funcionamiento mismo de la red, pero esos no son los que le van a dar legitimidad a la red. Cualquiera sea la forma como se imagine la red, en algún punto va a tener una autopercepción de adentro y afuera, por ejemplo: “la red de Urgencias es esto”, está claro que también hay una conexión con la red de Diagnóstico, pero en algún lugar va a poner el límite, tiene una funcionalidad que tiene que ver con problemas terminales y a su vez tiene problemas internos de red. Si esta red se pone a analizar los problemas internos primero, podría caer en la tentación de imaginar que los problemas internos de la red son más importantes que los externos o podría resolverlos como si fueran un objetivo en sí mismos. En cambio, si analizo un problema terminal, éste va a requerir que resuelva también los problemas intermedios, pero ahora los problemas intermedios que resuelvo no los resuelvo por sí mismos sino para resolver el terminal. Como este problema terminal es un problema de la gente, en cierta manera yo gano legitimidad como red. En definitiva, el proveedor de legitimidad es nuestra

¹⁵ Supongamos que en la ciudad de Rosario hay 800 apendicitis este año y que todas son bien operadas y se evita la muerte, de todas formas el año que viene va a haber 800 apendicitis; en sentido estricto no hemos resuelto el problema de que hay apendicitis en la ciudad: sí hemos resuelto que no se complique cada vez. En términos generales, este sector que estructuralmente resuelve poco, es más programático que de proyecto.

¹⁶ Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias

capacidad resolutoria de los problemas de la gente, por eso utilicé esta fórmula: ¿qué capacidad resolutoria quisiéramos tener?.

Lo comparto con ustedes: revisando las desgrabaciones y los ejercicios, una de las cosas que parece que nos ha costado más es colocar *ese afuera*. La idea de red nos ha ido permanentemente evocando hacia adentro, una idea de intra-red; la red tiene que articularse mejor, tendría infinita necesidad de mejorarse, pero tenemos que priorizar, en vez de mejorar todo, vamos a mejorar sólo aquellas cosas que sean más pertinentes para resolver los problemas emergentes.

➡ Esto nos marca una agenda nueva que es: cuando deba priorizar sus problemas internos, hágalo de acuerdo a la importancia externa de los problemas internos que va a resolver.

👉 *O sea que el problema, como agente externo, vendría a organizar la red?*

MR: La organiza y al mismo tiempo le construye legitimidad. La ausencia de preguntas o comentarios será leída desde acá como que el grupo está totalmente listo y disponible para hacer este trabajo, que cualquier aclaración adicional es inútil porque ya está totalmente comprendido.

Vamos a comenzar nuestro trabajo grupal de hoy. La idea es llevarse las preguntas a cada red, nos organizamos de la misma forma y cada red intenta identificar un problema trazador. El ejercicio es de un problema; si tienen muchos, primer criterio de priorización sería: cuánta legitimidad le va a proveer a la red resolverlo; segundo criterio: elegir un problema, porque también es un ejercicio docente, que involucre la mayor cantidad de actores de la red.

PRESENTACIÓN DE LOS GRUPOS

Grupo Gestión y Administración:

Con respecto a la primera pregunta, el problema determinado es el siguiente: los tiempos administrativos no están adecuados a las necesidades que plantea la acción en Salud para ser eficientes.

En el punto B planteamos: facilitar la autonomía administrativa de los efectores; facilitar la relación administrativa horizontal entre los efectores; intentar dentro de la capacidad de decisión actual, dentro del cuerpo legal con el que nos manejamos, la reducción de los tiempos y el aumento de la eficiencia.

En el punto C, (¿cómo hacer esto?) planteamos dos cuestiones:

- Estudiar críticamente los procesos de trabajo actuales, cuestionando cada paso para eliminar los innecesarios, intercambiando ideas en la red y viendo la posibilidad de acciones en cooperación o colaboración para facilitar los procedimientos.
- Elaborar conjuntamente proyectos para modificar las principales trabas que están contenidas en el cuerpo legal actual, para la creación de un sistema legal más ágil y eficiente. Hay cuestiones que no podemos resolver, hay muchas trabas concretas que no se pueden superar.

El punto D planteaba **¿con qué?**:

- En recursos humanos: capacitación continua y educación permanente.
- En recursos materiales: informatización y comunicación horizontal y vertical; búsqueda de calidad centrada en el usuario; participación de la comunidad que impacte en los sistemas administrativos.

En el punto E: grupos de reflexión, talleres, seminarios, al interior de los efectores y en interconexión con otros; tiempo pautado para el análisis de lo actual, las modificaciones a proponer y pruebas pilotos a desarrollar.

En el punto F, con respecto al **monitoreo**: grupos de calidad centrada en el usuario, centros de costos, grupos de reflexión surgidos de las redes y participación de la comunidad o del usuario en la construcción de los indicadores.

Dr. Rovere:

El comentario que se me ocurre en relación con este trabajo es que me parece que la palabra tiempo le ayudó al grupo por lo menos a constituirse como tal, era como una especie de deuda general, siendo que la

Administración en este grupo no está siendo vista en el sentido estricto, sino también como administración general, como administración de la red en su conjunto, ahí hay decisiones y procesamiento administrativos. Encontrar una palabra común a todo esto que operara como problema o como deuda y que al mismo tiempo fuera visto por los otros, costó bastante, pero al grupo le permitió trabajar. La duda era también si estaba expresando algo que le preocupaba al resto; me da la impresión de que casi siempre, cuando uno asocia déficit de la administración tiende a sacar ejemplos de tiempos, en términos de *“fíjate lo que tardó una licitación”*, *“fíjate lo que se tardaron en tomar esta decisión”*; como si el *timing* administrativo fuera diferente, con otro ritmo que el del Servicio de Salud, de la guardia o la consulta. El asunto es si se podía hacer **isonomía** entre los tiempos de los Servicios de Salud y los tiempos de la Administración.

Parece fuerte como ejercicio. Se me ocurre como una idea de comparación de que esto podría ser peor todavía, imagínense la administración de un diario, tiene que tener un *timing* similar al periódico, el periódico todo el día está de guardia, a la hora del cierre de la rotativa tiene que estar todo, a esa altura del partido no se puede decir que no hizo el trámite correspondiente. Acá está la atención, que plantearon los compañeros muy bien, de que ésta no es una administración que nace desde adentro de la Secretaría, sino que comparte el carácter de Administración General de toda la Municipalidad bajo las reglas de juego de la organización del Estado. En otras palabras lo que este grupo está diciendo es: vamos a analizar la demora de la que nos podemos hacer cargo. Si la demora se debe a los tiempos administrativos de publicación, a que la ley dice tal cosa, el grupo no se puede hacer cargo de eso; pero sí me parece interesante que se hace cargo de hacer propuestas alternativas para tratar de cambiar la legislación si ése es un obstáculo. Nosotros a la legislación la podemos ver como inmutable, pero en realidad también fue construida; la legislación puede tener un *timing* de principio de siglo.

Hay organizaciones que han generado programas de simplificación administrativa que dinamizaron toda la organización, porque también nosotros escondemos nuestra ineficiencia en la administración. Cuando estamos a nivel operativo y queremos echarle la culpa a alguien, se la mandamos a la administración, *“yo lo pedí hace mucho, pero Ud. sabe cómo es la burocracia”* y en realidad lo pedí ayer. En la medida que no haya un espacio excusa para nuestras ineficiencias, nos vuelve a nosotros el hecho de resolver o no resolver.

También es cierto en esto que hay un problema adicional que es la teoría de los precios, vale la pena hacer la analogía y le va ser útil a los otros grupos. Uno podría hacerse la pregunta ¿por qué hay cola de espera en los hospitales? En general, la cola de espera se produce porque hay un déficit entre la oferta y la demanda, que la demanda no puede resolver por el mecanismo del precio directo. Si hubiera una relación oferta-demanda asimétrica yo puedo ir levantando el precio hasta que desanimo lo suficiente para que la gente no vaya y equilibrio la oferta con la demanda; pero si no tengo ese mecanismo, tengo que usar otros mecanismos de desestímulo y *la cola de espera* es un mecanismo de desestímulo. Hay una cosa muy curiosa, ustedes conocen el tema de las colas en los países socialistas, porque no se puede poner el precio alto para desestimar la relación oferta-demanda; pero hay una institución, no socialista, que es Disneylandia, en donde uno paga una entrada cara única, pero una vez que pagó la entrada, adentro el acceso es socialista - por decirlo de alguna manera - lo capitalista es la entrada; adentro tiene lista de espera, incluso hay un lugar que le avisan. De ahí sale esto de los bancos, de ponernos en un sistema de circulación. La cola de espera es una señal. Esto ocurre en esa situación, la pregunta es si no ocurre lo mismo en la burocracia, cuántas cosas no hacemos porque la relación oferta y demanda en términos de lo que podemos hacer y lo que queremos resolver, pone un mecanismo de precio, de tal manera que algo muy costoso es una forma de desestimar cuando yo en el fondo sé que no voy a poder satisfacer todo lo que me piden; como el costo de decir que no es muy alto, es más barato que la persona se desestime sola y llegan a conseguir los recursos los pertinaces, los que no se desaniman nunca, que a lo mejor no son los que merecían obtener esos recursos.

Entonces, hay que ver si no existe una teoría de los precios metida atrás también de los tiempos administrativos. Por lo menos, estoy seguro que los Ministerios de Economía, que son los dueños de las cajas, utilizan los tiempos para animar y desanimar la ejecución presupuestaria. Planificación presupuestaria hacen todos los ministerios y todas las secretarías, pero planificación financiera sólo hace el Ministerio de Economía. Utilizando la teoría de los precios va desanimando los momentos de presentación y hace al equilibrio de caja. Son los únicos que saben cuánto hay en caja, para nosotros es una bolsa, para Economía no porque tienen que equilibrar los ingresos con los egresos, entonces usan mecanismos de precio para estimular o desestimar.

✋ Eso no sólo pasa en Gestión y Administración sino también en la situación común del hospital que muchas veces entra en ese mecanismo perverso. Para poner un ejemplo común: un enfermo viene con tos y catarro a consultar, ve que la cola es inmensa, se va porque no le parece tan trascendente como para hacer una cola semejante y a los cuatro días viene en shock séptico a la guardia. El mecanismo perverso es cuando le decimos “¿cómo no vino antes?”

MR: Queda planteado. Lo que seguro sabemos es que en la relación oferta-demanda hoy no tenemos ningún mecanismo de priorización para decir quien va primero y hacer pasar en la cola al que más lo necesita. Es válido para la Administración y válido también para la accesibilidad. Ahí está, a lo mejor, el calificarlo de perverso no ayuda, pero de hecho es un mecanismo que para este chico en concreto fue perverso.

Grupo de Emergencias:

Se consideró importante el siguiente **problema**: “Respuestas de las distintas estructuras de la Emergencia ante los accidentes con víctimas múltiples; consideramos más de veinte, aunque en esto hay muchas clasificaciones y no deja de ser arbitrario, pero establecimos ese límite.

¿Qué es lo que decíamos nosotros con respecto a la **respuesta** ante este tipo de accidentes?: pensamos que debe haber prevención mediante programas de educación a la población, un plan de Defensa Civil y además debe haber una respuesta prehospitolaria, una correcta evaluación a nivel de la escena del accidente, distintos niveles de complejidad hospitalaria que puedan resolver la complejidad baja, mediana y alta, una comunicación adecuada con los centros de atención desde la escena y a nivel del transporte de las víctimas.

Asimismo, mejoraríamos la capacidad resolutive con una adecuada integración interhospitalaria, así estaríamos en mejores condiciones para resolver la problemática en el caso de ocurrir ingreso de víctimas múltiples y a su vez con los proveedores de suministros para poder resolver la contingencia. Y algo fundamental es la capacitación de recurso humano que es lo que va a ayudar a resolver correctamente este tipo de situaciones.

Qué hacer para poder resolver este tipo de problemas con víctimas múltiples: establecer pautas de desarrollo de una red de emergencias en base a la integración de las diferentes estructuras que se ven involucradas en este tipo de accidentes, o sea, concretamente una red de Emergencias.

Cómo lo vamos a hacer, cuáles son los recursos: nosotros lo simplificamos en recursos materiales, humanos y simbólicos.

El establecimiento de planes y programas de prevención y educación para la población, es decir, la población tiene que conocer, reconocer, que existen posibilidades de evitar el accidente y a su vez que puede activar los sistemas de alarma en caso de que ocurra ese accidente. Tiene que haber programas a nivel de Defensa Civil para integrar a la población, a los demás efectores de las fuerzas vivas que puedan ayudar a resolver los inconvenientes de las víctimas por accidentes graves en las cuales se ven involucradas más de veinte personas. Creemos que es necesario establecer programas de capacitación del recurso humano y a su vez educación continua a través de cursos, seminarios, reuniones y simulacros. Debe haber una adecuación de los recursos materiales con respecto a las estructuras pre-hospitalarias, ya sean estructuras de seguridad o de Salud. Recursos materiales adecuados, acordes para resolver este tipo de contingencias en los hospitales de acuerdo a su complejidad. Tiene que haber una comunicación fluida entre los distintos efectores de la red de Emergencias, eso es importantísimo para poder ir evaluando la efectividad, la capacidad de respuesta de cada uno de los integrantes de esta red. Y tiene que haber, obviamente, un marco legal para la actuación de los distintos efectores.

¿**Cómo nos organizamos**? Mediante la realización de programas de actividades con los diferentes integrantes de la red de Emergencias adecuando respuestas acordes a los problemas comunes en reuniones interactivas, a su vez programas de capacitación conjunta, interdisciplinar.

¿**Cómo lo evaluamos**? Debe haber cuerpos evaluadores que representen los distintos estamentos con integrantes altamente capacitados para poder monitorear la actividad de los distintos efectores.

✎ La estructura edilicia que tiene Rosario es antigua y no está preparada para situaciones de emergencia. Generalmente escuelas, oficinas, edificios donde hay concentración de mucha gente, tienen una sola escalera central para salir y eso puede ser caótico. Se debe arbitrar algún medio porque esa gente también va a recurrir a Emergencias. O sea, no sólo la infraestructura de la parte Salud tendría que cambiar.

✎ Queríamos comentar que la hipótesis no es la bomba de la AMIA o la caída de un avión en el aeropuerto, sino la ocurrencia de que hoy chocan dos colectivos o cuatro accidentes simultáneos en puntos distantes de la ciudad. O sea que es una hipótesis “virtual”, porque hay días que eso pasa y se genera dentro de Emergencias como un problema epidemiológico primordial. Por eso que nosotros lo tomamos desde distintos puntos de vista, desde la comunidad, desde los servicios y desde todo lo que puede constituir una respuesta a través de la Defensa Civil, que es justamente el engarce entre las distintas instituciones, de las cuales la gran mayoría no son servicios de Salud sino son servicios educativos, servicios de apoyo, servicios de transporte. Por eso nos pareció importante tomar el tema.

Dr. Rovere:

Me parece a mí que en este ejercicio hay un mensaje simultáneo o similar al del grupo anterior y que tal vez empieza a aparecer en todos los programas, es el tema de enfatizar primero lo que nos podemos hacer cargo y después lo que le pedimos al resto de la sociedad, porque en la medida que nosotros hacemos bien lo que tenemos que hacer, ganamos legitimidad para pedirles a los demás que lo hagan bien. La impresión que tengo en este caso, es que se plantea un caso semiexcepcional, se trata de un ejercicio que no es lo habitual pero tampoco es excepcional. Esto importa porque hay que saber cuál es el sistema de entrenamiento, si fuera más excepcional, la totalidad del entrenamiento tendría que ser en vacío, obligaría a un sistema de simulación para que en simulación se aprenda y se gane experiencia porque de lo contrario nos va a agarrar sin experiencia en el caso de que ocurra. Acá podría ser que no haga falta, pero lo que me parece interesante es la parte que corresponde a lo interno. En situación de emergencia reforzada por la radio, que el mensaje llega también al personal de Salud, podría darse la situación de que la gente de menor complejidad se asuste y “largue” los pacientes para arriba. Uno de los ejes es la contención, que los centros de menor complejidad tengan capacidad de contención y “aguanten” en la medida que se pueda, sabiendo que lo que no puede esperar también va a ir allá y después el problema de clasificación se va a producir en otro nivel. Tengo que ser consciente que todo lo que mando lo mando a un cuello de botella.

Supongamos que yo haga un estudio de corte hoy, puedo cortar y decir “quién está en cada hospital que no tendría que estar ahí”. Eso indirectamente me está hablando de precondiciones para eso. Una cosa es poner la gente en el lugar correcto y otra cosa es tener que evacuar pacientes, que es una tarea costosa y más riesgosa porque estoy haciendo un flujo de pacientes en un sentido y el otro. Y la otra es saber si existen las señales y los mecanismos de alarma, hasta los trenes - cuando los había - tenían cronogramas de emergencia. ¿Cómo la red entera opera en situación de emergencia? y saber cómo se avanza en eso. En este sentido, la sensación que tengo, en la lógica de red de redes, es que se necesita algo que esté por arriba de los programas de situación de desastre por efector, algo que articule la totalidad de la red y pueda llegar incluso a decir “¿qué hace un centro de Salud cuando hay una emergencia?, ¿qué hace un efector que no está pegado habitualmente a la historia de la urgencia? pero que de alguna manera podría llegar a plantearse la situación de que en estado de Emergencia, incluso yo desplace personal, es decir que quien decide diga *“la gente que está trabajando en este lugar tiene que ayudar a clasificar pacientes en tal otro lugar”*”.

La impresión que tengo es que el ritmo normal es una obra, cada uno de nosotros tiene un papel en ella, es un actor, todos los días hace el mismo papel y lo sabe de memoria. Más de veinte accidentados ya es otra obra y cada uno se tiene que aprender un papel nuevo en esa obra. En cierta manera se necesitan los papeles, la organización, la programación, etc, pero creo que el grupo coloca muy fuerte el tema de capacitación porque hay que aprenderse otro guión; alguien me avisa que cambió el guión, ahora hay que trabajar para emergencia. Es un caso diferente, más grave, y toda la red funciona de otra manera durante el tiempo que eso ocurre. Igual hay que preguntarse si nuestra capacidad de hacer eso es igual de lunes a viernes que sábado y domingo, porque los accidentes *no tienen a bien* ocurrir en horas de oficina. De todas maneras, creo que el grupo va más allá de lo que lo que sería un simple organigrama de catástrofes.

✎ En realidad aquí se esbozó todo un programa completo de lo que significaría la problemática de accidentes con víctimas múltiples. Ir de lo que uno puede llamar el caso de las 20 víctimas, a lo que podría ocurrir si hubiera 40 o 50 víctimas. Eso escapa a la organización de cada uno de los efectores y escapa inclusive a varios de esos efectores en forma puntual.

Esto está enmarcado dentro de un plan de toda la ciudad, inclusive de toda la región, porque hay catástrofes que necesitan ayuda de afuera, como ocurrió en Río Tercero que iban rescates de Buenos Aires. Como son contingencias inesperadas, a veces muy extensas y además sobrepasan la posibilidad de respuesta de las autoridades y de los efectores locales, necesitan de otra cosa. Aquí está enmarcado dentro de lo que es el plan de Defensa Civil, es un programa complejísimo que ya está diagramado y está aceptado a nivel de la Municipalidad, de manera que Defensa Civil es toda una estructura que, como todas las estructuras que están en el marco teórico, tienen que ir desarrollándose en forma práctica mediante ejercicios interactivos y reuniones que se están haciendo lentamente, pero que en el futuro van a ser cada vez más frecuentes. De manera que esto forma parte de uno de los elementos que nosotros consideramos imprescindibles. Nosotros esbozamos lo que está más relacionado con los efectores de Salud, particularmente por la dedicación, pero está también todo lo que es la interacción con la población, entonces está marcado en la población en general y en los integrantes de Defensa Civil.

Dr. Rovere:

Evidentemente la red que trabaja en esto, de todas las redes que están planteadas acá, sería la que tiene más historia de pensar redes. La idea de redes no está trayendo nada nuevo a este grupo. Lo que sí me parece es que está muy pertinente haber elegido el número de 20, porque es lo que había mencionado antes sobre el tema, en qué haríamos un papelón, con 200 la ciudad misma se movilizó, o se movilizó la nación o hay solidaridad internacional; con 20 no. Si alguien te dice “no pueden manejarse con 20”, estás haciendo un papelón. Yo enfatizo mucho, por el ejercicio sobre todo, toda la parte que es la interna, la parte que corresponde a la capacidad de la red de responder y la capacidad de la red de refuncionalizarse y circular casi incluso al revés. En el momento que yo paso a funcionamiento en catástrofe, es como el momento del nacimiento en que la circulación cambia de sentido. La pregunta es si la red tiene capacidad para si de repente empieza a circular al revés o moverse de otra manera. Es tan dramático el funcionamiento en red que incluso el funcionamiento regular se vuelve un obstáculo; pero por otro lado no se pueden tirar los pacientes por la ventana. Acerca de cómo encontrar ese punto, aparte de lo histórico, lo tradicional, lo que ya está hecho y se sabe, me parece que se puede hacer un aporte original, cuando este concepto sale en cierta manera de la interna de la red de Emergencias y se instala en la red de redes. Esa sería la forma de ganar más con el ejercicio inserto en este taller, pero efectivamente tenemos una base ya muy caminada y no queremos inventar de vuelta lo que ya se sabe hacer.

Grupo Materno Infantil:

Nosotros tratamos el tema específicamente como un problema de un centro de Salud, un problema local. ¿Cómo lo podríamos abordar? Como segunda cuestión: la atención integral del caso en el centro de Salud. Esto significa que debemos considerarlo desde el punto de vista no solamente biológico, de curar las heridas a ese chico, sino atenderlo en una forma multidisciplinaria, donde participarían también los otros integrantes del equipo de Salud, absolutamente todos, desde las enfermeras, jefes de centros, atención psicológica, asistentes sociales para visita familiar. Eso es lo que interpretaríamos como atención integral del caso en el centro de salud con los recursos que el centro tiene.

¿De qué forma, cómo nos organizaríamos allí? Capacitar al equipo de salud para reconocer el problema. No sólo la resolución biológica, sino plantear la necesidad de su interdisciplinariedad. Con diseño de estrategias locales, en la que participarían los jefes de los centros de salud, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, y derivar los casos que superen la capacidad resolutoria de esta instancia. Derivar o realizar interconsulta, con estos casos.

La idea sería, en la instancia que está planteada, valernos de recursos propios de la red. En lo que respecta a los recursos materiales, el mismo centro de Salud, la misma estructura, no hace falta edificar nada nuevo, ni

crear específicamente un área para el tratamiento de esta problemática. Los recursos simbólicos de sensibilización del equipo de Salud, sacar afuera el tema de la sensibilidad en este tipo de problemáticas, trasladarlo a la población para ser discutido, para que sea sentido, porque muchas veces este tipo de maltrato infantil tiene muchas connotaciones culturales en la zona donde lo estamos planteando y no aparece como un problema sentido por la población y sí como una situación adquirida pero naturalizada por los padres para “educar” a sus hijos o como una forma de reprender o poner límites ante las *desviaciones* de la educación de los mismos. Capacitación del personal de Salud para detectar precozmente el riesgo, preguntar sobre alcoholismo, violencia familiar, ampliar un poco el interrogatorio de la consulta del niño con ese fin. Buscar información de los aspectos legales, porque a veces uno no se quiere comprometer porque el problema no está tomado y no se sabe hasta qué punto se puede intervenir en este aspecto. Nosotros reconocemos que la denuncia legal del caso, o jurídica, sería la última instancia que en el nivel de decisión del centro de Salud, se debería llegar. Por eso habría que manejar algunos aspectos legales para no derivar, pensamos que se puede hacer mucho más daño con esta instancia que tratar de resolverlo con manejo de información propia a nivel local. También el abordaje psicológico, la toma del problema no solamente desde el punto de vista del niño sino de la familia en un aspecto. Estamos hablando de los recursos que tenemos, como es el caso de los psicólogos en el centro de Salud.

En el punto 5 proponemos que cada miembro del equipo de Salud reconozca y ponga en marcha las normas acordadas de trabajo, cualquiera puede dar la entrada a un chico maltratado porque a veces no llegan directamente a la consulta médica, pero sí a través de versiones que llegan a cualquiera de los miembros del equipo de Salud. Conocido el caso, existiendo este mecanismo dentro del centro de Salud, como es el reconocimiento del maltrato infantil, se ponen en marcha las normas acordadas para resolver este tipo de problemas.

En cuanto a la evaluación, en una primera instancia podríamos hacerlo a través de los casos detectados, es decir constatar si aumenta su número. Ese sería un primer indicador de que estábamos avanzando en la problemática. Otro indicador bueno para el grupo que está trabajando en el centro de Salud sería la disminución de las derivaciones, por ejemplo, a instancias jurídicas o a otras. Se estaría estableciendo allí una red de contención del equipo con un buen trabajo, que sin lugar a dudas, lo estaría haciendo también a nivel de la comunidad. A partir del reconocimiento del problema, cuando comprobemos que nos aumenta el número de casos detectados, el paso siguiente es llevar el problema a la comunidad para tratarlo.

Dr. Rovere:

Tengo la sensación de que es muy central el punto 5, de la organización. Yo no sé si la palabra *normas* contiene bien lo que se quiere decir; a lo mejor son criterios, recomendaciones. Pero la impresión que me da es que tener un equipamiento de la Secretaría, sería tener un criterio uniforme sobre cómo enfrentar este tema que sabemos es creciente.

Lo que también me parece bueno del ejercicio, es que una vez que está esto, en principio, si cayera este chico en una guardia o en un hospital, el comportamiento es prácticamente igual, en realidad se esperaría más o menos lo mismo en términos de capacidad intraservicio. Esto ayuda porque empezamos a ver, se desestructura en el sentido de decir: a pesar de que éste es el hospital de Urgencias y éste es el centro de Salud, etc, empieza a aparecer que hay atenciones primarias que se hacen en los hospitales y hay urgencias que se hacen en los centros. Un chico golpeado puede llegar a cualquier lado, independientemente de que necesite o no ese nivel, en cualquier lugar, a cualquier hora, inclusive en las horas en que estamos en peores condiciones de resolverlo, va a aparecer los fines de semana, a la noche después de la ingesta de alcohol. La idea de un criterio igual me parece que sería interesante.

Se me ocurre preguntar si la capacidad de respuesta de los centros debería extenderse hasta el domicilio, en términos de intervención. Si fuera así, sería un caso que nos ayuda también para graficar esta idea: habría una clara derivación; yo estoy en un hospital y recibo un caso, yo podría tener hasta más interdisciplinariedad, pero lo que de repente no tengo es la capacidad de hacer continencia familiar del caso, entonces sería un típico caso de derivación en el sentido no habitual. Un hospital debería derivar a un centro de Salud este caso porque la capacidad resolutoria del hospital es bajísima. Se me ocurre que es un buen ejemplo de *contraflujo*, no podríamos decir en esto contrarreferencia, en realidad es referencia, se deriva al nivel pertinente de resolución,

que en este caso es el que puede estar más cerca de la familia para ver si tiene capacidad de resolver y modificar esta situación; hay que proteger al chico, y eventualmente en casos extremos, sacarlo de ese núcleo familiar. Aparte de eso hay legislación atrás, porque uno podría tener flexibilidad, pero en un momento dado se puede hacer encubrimiento de un delito. Parece interesante lograr establecer un criterio único a nivel de la Secretaría y que cualquier funcionario sea depositario de ese criterio consensuado.

✋ A nivel de los centros de Salud, el personal de Enfermería, dentro de un nuevo registro que ha propuesto, plantea la detección de una serie de problemas. En general muchas consultas aparecen primero en este puesto, como es el caso de la violencia familiar y es un tema que preocupa bastante por la incidencia es cada vez más. Pero no se plantea exclusivamente como maltrato infantil, sino como violencia porque también se da el maltrato a mujer y en algunos casos maltrato al hombre. Se plantea como un tema que se va a ir viendo de acuerdo a lo que surge de los datos, para después analizarlo en el equipo, comparar si aparece más en un centro que en otro, cada equipo de los centros de Salud lo irá viendo.

Dr. Rovere:

Hay otro grupo que tiene el tema de violencia en general. Se podría decir entonces, que probablemente hay bastante tecnología y conocimiento en la red y que en algún momento dado habría que generar una instancia que sistematice todo ese conocimiento, para producir una recomendación técnica y después una instancia de socialización de esos criterios en base a la propuesta que plantea el grupo.

✋☺ En general nosotros recortamos el problema, aunque sabemos que está dentro del tema de violencia familiar, lo focalizamos en maltrato infantil. Con respecto a lo que planteaban, de algún modo hicimos un análisis de nuestras falencias de información y capacitación, y en el intercambio de ideas salió la opinión de que lo último que tendríamos que ejecutar es la derivación hacia el espacio judicial. No deberíamos hacer una denuncia sobre un caso de maltrato apelando directamente a la instancia judicial, sino organizar toda esta red de contención, abordaje a la familia y trabajo previo.

✋ Con respecto a la denuncia o de acudir al juez cuando hay un maltrato infantil, el Departamento de Trabajo Social convocó a los jueces de menores junto con profesionales de los Juzgados de Menores, para que nos informaran sobre la modificación de la Ley del Menor, en qué instancias uno debe acudir a la Justicia. Allí se planteó muy claro que en estos momentos el juez da un espacio a la sociedad y a las instituciones para actuar y buscar las estrategias y alternativas para solucionar el problema. El juez ya no tiene tutela del caso, puede llegar a asesorar y sólo en casos extremos, donde hay abandono por parte de madre y padre, realmente interviene y toma decisiones, pero actualmente se está dando mayor responsabilidad a las instituciones del área social.

Para analizar lo que es la comunicación dentro de la estructura de Salud Pública. Cuando fueron invitados los jueces con distintos profesionales de los juzgados, fueron invitados también todos los directores de hospitales, los jefes de los centros de Salud de las distintas áreas de la Secretaría de Salud Pública y hubo serios problemas de comunicación. Fue muy pobre la presencia por parte de todos los efectores.

✋ Yo trabajo en el grupo del Hospital de Niños que atiende a niños maltratados y su grupo familiar. El criterio nuestro es que la institución, sea el hospital o el efector, *ya es un tercero*. Y que al hacer la consulta, esa madre, ese vecino, esa docente que lleva al niño golpeado, ya sale de lo privado y entra a lo público, aunque no se dé intervención a la Justicia o a la ley directamente. O sea que el centro de Salud o el efector serviría de tercero que intermedia; y a partir de que es detectado - y por eso la importancia de la detección en los centros de Salud - ya no va a volver a ser lo mismo, porque intervienen los profesionales y se da desde el simple trabajo con el grupo familiar hasta el momento extremo en que haya que denunciar a la Justicia. Lo importante para nosotros es marcar que el problema pasa de la esfera de lo privado a lo público, y existe la responsabilidad de lo público de intervenir en este problema.

Dr. Rovere:

A mí me gustaría hacer un comentario más amplio. Ahora tenemos una presentación de violencia y para no hacer dos conexiones directas, me parece que vamos a tener que cambiar las representaciones internas que tenemos de la Justicia, por ejemplo la misma palabra “denuncia”, que uno se pone casi en “buchón”. La

Justicia está interviniendo hoy en un espacio muchísimo más amplio que el de dictar sentencia y encontrar culpables, y que es todo el espacio de familia y el espacio de minoridad, que a su vez son dos espacios diferentes. Por otro lado la Justicia, para estas operaciones, tiene escasisima infraestructura propia, cuando se evalúan los casos en términos de red, no sería extraño que un evaluador pueda tomar una decisión en un caso familiar, entre otras cosas porque tiene un centro de Salud cercano que está ayudando para tal o cual actividad. En ese caso estaríamos nosotros, por la lógica de redes, siendo efectores de la Justicia, siendo funcionarios de la Justicia para esa actividad específica.

Por otro lado, la responsabilidad en el caso de un chico golpeado es distinta, porque si hay una complicidad de padre y madre, entonces el único adulto que toma contacto con ese delito y lo puede proteger es el personal de Salud. Hay que pensar que el encubrimiento puede significar impunidad para este grupo familiar. Estoy hablando para la gente que no está entrenada en este tema, alertemos esto porque en los servicios de Salud están pasando muchas cosas que no son en sentido estricto salud o enfermedad. Un chico golpeado es mucho más que una *equimosis*, y obliga un reentrenamiento en otra cosa que nadie nos enseñó (ni Medicina Legal trata esas cosas), cómo operar en la problemática de familia.

... (el grupo sigue tratando el tema de la violación y el abuso sexual) ...

Dr. Rovere:

Parece que no podemos salir de este tema. Y debe ser un tema que excedió la posibilidad de ponerlo en una red, quiere decir que está circulando con intervenciones múltiples y a lo mejor es uno de los puntos, que puede ejemplificar el tema de los **trazadores** o de emergentes, a lo mejor este tema tuvo la capacidad de movilizar a la red de redes. La interfase con la Justicia puede ser un problema que nos sirva para hacer circular nociones en todo el conjunto de redes.

Grupo de Violencia:

El grupo de Violencia surge en enero de este año y comenzamos a trabajar preocupados por este problema. Está conformado por gente del Hospital de Niños, por trabajadoras sociales, por gente del CEPA, por dirección de Discapitados, etc. Estamos, paralelamente a este curso, tratando de constituir la red de violencia familiar. Violencia familiar se considera en forma ampliada, comprendiendo lo que significaría violencia en el niño, en la mujer, en el anciano y en los discapitados.

Uno de los problemas que analizábamos, era la falta de identificación del problema de la violencia familiar como un problema de Salud en determinados ámbitos de la sociedad. Nosotros identificamos que en la sociedad se produce desbalance de poder, y que es allí donde se produce la violencia. No se tiene la percepción de la necesidad del bien de uso de un sistema de Salud para pedir ayuda en este tema. Por lo tanto, también pensábamos que esto se reproduce a nivel del recurso humano que se encuentra en el sistema de Salud. Nosotros, como partícipes de la sociedad, estamos atravesados por la misma estructura y por la misma situación que significan las representaciones de violencia y de cómo abordar esta problemática en el seno del sistema.

Por lo tanto, creíamos que el **problema trazador** para la constitución de esta red era el abordaje adecuado de la asistencia y prevención-promoción de la violencia familiar. Éste era un problema externo, que nos viene de la sociedad, y que por lo tanto tiene que ver con las acciones finales de la red de salud. Pero, a su vez, también hay que construirlo, porque no está totalmente construido de afuera, ni tampoco tan construido adentro. Por lo tanto, los objetivos para la constitución de la red serían:

- Instalar la problemática en la agenda de los trabajadores de la Salud para ser abordada interdisciplinaria e intersectorialmente, es decir, que se puedan establecer estas relaciones entre sistema de Salud, sistema jurídico, sistema de Promoción Social, comunidad, ONG, etc.
- De qué manera todos los que estamos trabajando en Violencia, o por lo menos tenemos algo que decir al respecto, podemos construir esta red de vínculos y de trabajo en forma conjunta.

¿Qué hacer en esto? Nosotros estuvimos como pequeño grupo trabajando en forma paralela a este curso, tratando de aplicar lo que Mario nos contaba en cada módulo. Tenemos reuniones todos los meses con la gente que está acudiendo y abordando la problemática de la Violencia. Por lo tanto entendemos que empezamos a

facilitar el reconocimiento y conocimiento en algún nivel, porque había gente de centros de Salud y hospitales que en realidad no nos conocíamos ni sabíamos que se estaba trabajando en este tema y en otros de interés común. Cuando ya había otro nivel de trabajo, otro nivel de apropiación de la problemática, pensamos en lo que significa la colaboración, la co-operación de los trabajadores de Salud para abordar este tema. Por el otro lado, es fundamental la formación y capacitación del recurso humano de Salud.

¿Con qué? Estamos armando la red con todos los obstáculos y atravesamientos que tenemos. Con los recursos humanos actuales, no tenemos otra cosa más que los que somos: hasta ahora somos alrededor de 90 personas, que asistimos periódicamente a estas reuniones mensuales, de las cuales ya efectuamos siete. Con respecto a los recursos económicos, no tenemos financiamiento externo ni de ningún lugar, pero en tanto esto se conforme vamos a necesitar recursos materiales para la formación y capacitación y tener un mayor empuje en estos temas. Los recursos simbólicos son nuestras convocatorias periódicas del recurso humano, que teóricamente siguen respondiendo ante estas citas permanentes de todos los meses.

¿Qué organización nos estamos dando? En realidad tenemos un grupo coordinador, que es multidisciplinario y convoca, facilita y afianza todo lo que significaría este punto tres, y que obviamente está comprometido en la problemática. Se proponen dos cosas: la elaboración del programa de atención de prevención de la violencia familiar y, por el otro lado, estamos estableciendo relaciones interinstitucionales e intersectoriales. En este momento estamos trabajando concretamente con Trabajo Social, con la Secretaría de Promoción Social, más precisamente con el Departamento de la Mujer y está convocado Minoridad. Para conmemorar el 25 de noviembre, día de la no violencia de la mujer, estamos organizando un gran encuentro y lo estamos haciendo todos los que trabajamos en este tema juntamente con Promoción Social, ONG, comunidad, Educación y Cultura, etc., donde entraríamos al nivel de reconocimiento y conocimiento de todo lo que se está trabajando. E incluiríamos, si vamos a participar en ese gran encuentro, al sector Salud.

Por el otro lado estamos teniendo un funcionamiento que es realmente horizontal y por consenso, en cada una de las reuniones tenemos diálogos, presentaciones de casos, acuerdos sobre criterios, categorías, un vocabulario común y una comprensión del problema lo más consensuado posible.

Cómo **evaluaríamos** el avance, cuáles serían para nosotros los nodos de avance. Por un lado, estamos tomando un nodo, que sería un indicador cuantitativo, que es la cantidad de asistentes o la cantidad de efectores que están sumándose paso a paso en la red. Obviamente primero fuimos 25, después 30 y así sucesivamente, reunión tras reunión vamos sumando gente. Y por otro lado, los cualitativos: medir el grado de compromiso, la participación, la intervención activa, etc.; nosotros tenemos reuniones de grupo organizador antes y después de la reunión general, de tal manera que nos autoevaluamos cómo funcionamos, en qué fallamos, qué nos falta, etc. Y también por el grado de resolución de casos, en casi todas las jornadas hay un grupo de trabajadores de la Salud que presenta un caso y discutimos de qué manera se pudo resolver, cómo fueron, cuáles fueron las estrategias que cada uno de los equipos se planteó, para ver los facilitadores y obstaculizadores en términos del abordaje del problema. Por otro lado estamos constituyendo lo que significaría una base de datos con un sentido epidemiológico, en el cual se ha construido en forma consensuada una ficha en donde se tiene en cuenta no sólo a la víctima, sino al victimario. Por ahora siempre Salud abordó la problemática de la víctima, pero en este momento, al tener esta herramienta de la ficha, después de su análisis se valorarán estrategias para la intervención y promoción, y de qué manera se puede abordar este gran capítulo del victimario.

Dr. Rovere:

Habían preguntado si era pertinente la conformación de un grupo en este tema. A mí me pareció útil, en el sentido de emergencia de una red que no había estado apareciendo como tal en el contexto nuestro, aunque estaban circulando nociones desde aquí, esto me pareció muy gráfico y que nos permitía ilustrar algo que habíamos hablado al principio: la posibilidad de que este espacio fuera un espacio multiplicador. Me parece sumamente interesante desde este punto de vista.

Creo que queda una tarea muy larga, que se refiere, primero, a la dificultad del grupo para poder animar a la red desde ahí y al mismo tiempo no centrarse, sino mantenerse descentrados para dinamizar el área. Y al mismo tiempo, casi una operación cultural sobre el sector, porque vamos a tener que distinguir que una cosa es una ruptura de vaso y otra cosa es una ruptura del vaso por violencia, una cosa es un aborto provocado y otra

un aborto provocado a patadas; que aparezcan los cuadros y los síndromes de una forma tal que nos permita epidemiológicamente detectar qué es lo que está pasando. De lo contrario va a quedar encubierta por detrás de nuestras categorías diagnósticas una problemática que, por algún motivo, está apareciendo cada vez más fuerte. Lo curioso es que por esta vía, lo social termina metiéndose adentro de los servicios de Salud. Hace muchos años se hablaba de meter más lo social, pero ahora entra con violencia, por decirlo de alguna manera.

Grupo de Salud Mental:

Quería articular lo que habíamos estado pensando en el grupo de Salud Mental con la red de Emergencias y recordar cómo en el marco de un Congreso de Salud del Municipio se realizó un simulacro de siniestro en la ciudad de Rosario con el choque de dos colectivos en una plaza, organizado esto por el SIES; y personal de Salud Mental participó en la atención de los pacientes damnificados en ese simulacro del accidente. Es decir, mientras había intervenciones claras en relación a clasificar los pacientes por el estado de gravedad y ubicarlos en las norias que correspondían, personal de Salud Mental estaba abordando lo que podía ser la urgencia subjetiva en el momento de la catástrofe.

Esto lo digo porque seguimos pensando en red de Salud Mental, pero debemos pensarla como atravesando todas las prácticas en Salud. Pero si hay algo en lo cual tenemos dificultades serias para trabajar, desde los equipos de Salud Mental de centros de Salud y de hospitales, es en atención y resolución adecuada de las situaciones de **urgencias subjetivas**. Epidemiológicamente vemos con alarma, en los últimos dos años, que la demanda de estos servicios de Salud Mental es cada vez más significativa en relación a lo que planteamos como crisis en Salud Mental: pacientes descompensados, desbordados, pacientes con intentos de suicidio severos, pacientes adictos con abstinencia, pacientes en crisis. Y utilizamos para trabajar recién en el grupo un ejemplo, creo que paradigmático, en donde mostramos que lo que aparece en el discurso sanitario en relación a una red de Salud Mental, cuando se presenta este tipo de urgencias, de crisis subjetivas, esta red se pone al desnudo y parece que se desintegrara. En el ejemplo que pusimos a trabajar en el grupo, quedó claro que esta red no tiene capacidad operativa ni siquiera al interior del sistema municipal y menos, obviamente, hacia el sistema provincial de Salud. Es el caso de una paciente que llegó a las puertas de un centro de Salud rociada con alcohol de quemar diciendo que se va a matar, reciben a esta paciente la psicóloga del centro de Salud y una médica generalista, ven que en ese momento la paciente se encuentra alterada, no se está en condiciones de tramitar su crisis discursivamente, o sea, proponerle que hable y pensar que escuchándola se podía acompañarla en esta crisis, se decide una intervención de un nivel de mayor complejidad para poder abordar el tema. Desde el centro de Salud se comunican con el Departamento. Se dispone desde el Departamento que se consulte al hospital de la zona, es decir el hospital de apoyo a ese centro de Salud, en donde había posibilidades de hacer una intervención en relación a la complejidad del cuadro que presentaba esta paciente, como una internación transitoria para ser contenida y luego, a su regreso, una atención ambulatoria en el centro de Salud o una internación domiciliaria. Lo que ocurre es que esta paciente con la ayuda del SIES¹⁷ y medicada con un Diazepam, se tranquiliza pero se duerme y llega en una ambulancia al hospital dormida, los médicos de guardia del hospital plantean que es un caso psiquiátrico y no pueden resolverlo allí y que sea trasladada al Hospital Psiquiátrico, dependiente de la Provincia. El equipo de Salud Mental de este hospital toma parte en el tema, pero hubo un malentendido en tanto no pensaban que la paciente iba a llegar en ambulancia a la guardia, sino que iba a ser una consulta ambulatoria, entonces no había podido establecer al interior del hospital el dispositivo adecuado para poder tramitar una posible internación transitoria. La paciente continua dormida, medicada, en la ambulancia con la psicóloga del centro de Salud y la médica del centro de Salud que la acompañaban, en tanto no había familiar que se hiciera cargo de esta paciente. Llega al Psiquiátrico (esto empieza a las ocho de la mañana de un día lunes), la reciben en la guardia, ahí dicen que por el estado de la paciente requieren de un análisis toxicológico para pensar en una internación, no se podía cumplir ese análisis ni en el Psiquiátrico ni en el Centenario. Entonces la paciente es trasladada a la guardia del HECA¹⁸ en la ambulancia - serían ya las cuatro de la tarde -, acompañada por la psicóloga del

¹⁷ Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias, que cuenta con ambulancias interconectadas con los efectores hospitalarios, tanto del municipio como de la provincia.

¹⁸ (Hospital de Emergencia Clemente Alvarez)

centro de Salud y por la médica generalista. La paciente tiene un lugar en la guardia del Hospital de Emergencias y recién el día martes, ocho de la mañana, se realiza su estudio toxicológico. La paciente entonces es admitida en el Hospital Psiquiátrico, hay un responsable psiquiatra que se hace cargo y la psicóloga del centro de Salud trabaja con esta paciente internada en el Hospital Psiquiátrico para intentar hacer lo más breve posible su internación en tanto se pensaba que era una grave crisis, pero que podía tener una tramitación a nivel de una escucha, de un tratamiento psicoterapéutico. La paciente es remitida nuevamente a su domicilio después de diez días y está en tratamiento en su centro de Salud.

Nosotros decíamos, si estamos pensando en *redes para*, estamos pensando en *redes para la gente, en redes para resolver cuestiones de sufrimiento*, que nadie se merece estar en un periplo de 24 horas en una crisis severa sin recibir atención adecuada, nada más con un acompañamiento de una médica y una psicóloga. En función de saber que epidemiológicamente el tema de las urgencias preocupa en los servicios de Salud, tenemos que pensar que cualquier integrante de un equipo de Salud del *área Psi* tiene que estar en condiciones, trabaje en un centro de Salud o trabaje en un hospital, de evaluar cualquier situación de crisis y tramitar su resolución o poder resolverla allí. Tramitar la resolución implica pedir ayuda, contención, en el interior de la red.

No podemos trabajar en Salud Mental con la lógica de los niveles de complejidad con que se trabaja a nivel de la atención médica, porque entramos en contradicciones severas. Supuestamente el efector de alta complejidad en la atención de pacientes con problemas de sufrimientos psíquicos sería el *manicomio*. Supuestamente la complejidad del psicótico o del paciente crónico podría ser resuelto en un manicomio, pero como trabajamos desde una política en Salud Mental diferente, intentamos homologar nuestras complejidades a lo que son las complejidades médicas. La complejidad está en el problema de salud de quien lo presenta y en la respuesta compleja que quien escucha ese problema de salud mental debe realizar.

La tecnología por excelencia, en relación a pensar cómo queremos lograr una resolución adecuada del tratamiento de las urgencias en Salud Mental, es la capacitación del recurso humano. Y no solamente al interior del sector o del grupo Psi sino del recurso humano en general. Deben ser trabajos con cierta continuidad: seminarios, ateneos, con médicos de guardia y con los equipos de Salud de los centros de Salud. Hay ciertas situaciones de crisis que con medicaciones que no son sofisticadas, pueden ser resueltas en ese espacio, evitando hospitalización, evitando manicomialización e inclusive cronificación de casos. Desde ya apuntando siempre a trabajos interdisciplinarios, tomamos aquí enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales.

Otra tarea concreta para continuar - y ya en algunos hospitales ocurre - es la asignación de camas en salas generales, en hospitales cuyo perfil definido de lo que sería el hospital como un nodo de una red lo permita, asignar camas de internación transitoria para pacientes en crisis subjetivas. También, como acción concreta, proponer la creación de una guardia pasiva en Salud Mental al llamado para estos centros de Salud o las guardias de estos hospitales que no pueden, porque quizás no saben, cómo tramitar lo que es la resolución de una crisis subjetiva.

Dr. Rovere:

Me parece que les fue difícil seguir el ejercicio, pero lo iba sintiendo por detrás, implícito. Haría un pequeño énfasis en un aspecto, que es el asunto del fracaso. Me parece que el caso necesita todavía una mirada en un sentido, no sé si hoy estamos hablando de eso o no, porque aparte está el tema de cómo circulan las nociones en Salud Mental. Yo creo que eventualmente un fracaso de Salud Mental y un fracaso de los servicios de Salud es el *suicidio* y la cifra se está disparando. Hasta hace poco lo que se decía es que Salud Mental no tiene prioridad entre otras cosas porque no está vinculado con mortalidad, pero ahora se ha logrado, estamos llegando a un “éxito” absoluto. Quiero señalar que hoy, en un número muy importante, no sólo intra-red pública sino intra-red de todo el sector Salud, en casi todos los suicidios hay intentos de suicidio previo, eventualmente son avisos, y se produce *peloteo* de pacientes. El hecho está desnudando la incapacidad del sector Salud. Diría más, esta paciente, por lo que ustedes describen, es un lujo, tuvo una psicóloga y una médica que la acompañaron.

Quería mencionar ese punto para preguntar si no es momento de empezar a pararse desde el suicidio, como elemento para que Salud Mental sea tomado desde otra perspectiva, por un sector que le puede decir que no a la crisis subjetiva. Este concepto, a mí me parece que desacomula fuera de Salud Mental, da la impresión que una cosa es la crisis del sujeto o la crisis de la subjetividad y otra cosa es que la crisis sea subjetiva, con lo cual el resto de los que escuchan pueden pensar en simulación. Me parece que la atención en crisis es importante, pero hay que saber que la no atención en crisis puede desencadenar en suicidio y eso, en concreto, puede ser un elemento suficientemente alertador como para movilizar al sector Salud más allá de Salud Mental, porque la pregunta es quién se corre cuando hay en el medio responsabilidad en un caso de suicidio, es mucho más complicado. Creo que ese punto nos está volviendo a conectar con el sistema de Salud en su conjunto y lo que ustedes están planteando muy bien, “lo Psi” y “lo no-psi” dentro de Salud Mental que es bastante más amplio.

Me parece también haber entendido, y lo decodifiqué así: *“les cuento que cuando hubo un accidente o un simulacro llamaron a Salud Mental”, “ahora yo les cuento que hay una crisis de Salud Mental y los estoy llamando a ustedes: no sé si recibieron el mensaje”*. Me parece que por ahí fue. En este momento o en último caso lo que decimos es que si la red funciona vamos a romper los límites entre Salud Mental y el resto de Salud. Creo que esa sería un poco la idea, sin que eso signifique perder la especificidad de las técnicas para enfrentar los problemas.

✎ Estábamos en discusión acerca de la especificidad de la atención en ciertos efectores. Qué pasa si va un adulto en crisis de Salud Mental al Hospital de Niños. En realidad, esto de que la red pueda ser tomada en cualquier punto, después sabrá que hacer, no quiere decir que lo resuelva, puede tramitar una resolución, no quiere decir que lo internen en el Hospital de Niños. Pero eso de que “esto no es mi campo”, que es algo que ocurre habitualmente en las instituciones, el límite del campo que se propone deja un montón de cosas afuera y esto no había sido planteado como problema. Cuando se empieza a pensar en el tema anterior de la violencia, aparecen los casos de violencia, es decir cuando empieza a haber alguien que escuche esto, porque sino es como que no existe.

Dr. Rovere:

Sobre este mismo caso, algo me llama la atención. Cuando calculan el total de horas que estuvieron la médica generalista y el psicólogo al lado de la paciente, acompañando; no puedo dejar de especular qué hubiera pasado si hubieran podido utilizar todo ese tiempo quietos, en vez de circular por toda la ciudad, e incluso en la casa del paciente. Qué los llevó a meterse en el corazón del sistema de Salud o ir hacia atrás, por decirlo de alguna manera, en vez de ir hacia adelante en relación al problema de operar sobre el núcleo familiar. Me da la impresión de que desde el centro de Salud hasta la gente hay todo otro camino que hacer, que es todo un espacio de Salud todavía vacante.

✎ Creo que a la psicóloga y a la médica las llevó un sentido humanitario y una heroicidad con la cual se trabaja cuando no están organizadas casualmente las redes para resolver un problema.

Dos psicólogas habían hecho una propuesta, con respecto a tener psicólogos en el SIES, ya sea en guardia activa permanente o en guardia pasiva al llamado, los 365 días del año, considerando que un 30% de los llamados que se hacen al SIES son por problemas de Salud Mental, sean intentos de suicidios, sean crisis nerviosas, histéricas o lo que fuera. Este proyecto no se concretó porque hubo opiniones de que el médico de ambulancia iba, “planchaba” al paciente y resolvía el problema en el momento, pero al día siguiente volvía a instalarse, o la persona se suicidaba y perdíamos la oportunidad de hacerle algo.

Sería muy interesante porque realmente estaría algo previsto de manera que un trabajador social y una psicóloga no tenga que estar heroicamente arriba de una ambulancia para resolver un problema. El tema era tener en cada una de las zonas Sur, Norte, Central, una o dos camas hospitalarias para la atención del paciente en crisis. El psicólogo concurriría con el médico de ambulancia, el evaluador ya tendría que haber establecido la necesidad de la presencia del psicólogo, y podría quizás resolver el problema en el lugar, a lo mejor en el mismo domicilio.

Grupo de Comunicación:

Nosotros empezamos a trabajar el problema y a construirlo desde el saber en Salud de la gente y de las distintas poblaciones. De allí pensamos que podíamos tomar la problemática de Adicciones. Después salió, a partir de algunos problemas visualizados por la gente de Atención Primaria, la dificultad de comunicarse con algunas poblaciones muy específicas. En este caso salía el tema de la comunidad Toba. Esto para contar un poco cómo se fue construyendo el problema, de allí pudimos abrir y ampliar la dificultad que está presente desde nosotros, trabajadores de la Salud, en relación con lo que sería la diversidad cultural y las diferencias étnicas de la población con la que nos relacionamos, cómo interactuamos con ellas los trabajadores de la Salud en términos de eficacia y calidad de atención. Esto nos llevó a pensar que lo que queríamos lograr era incorporar e instalar como problema, en distintos ámbitos de la red, la necesidad de trabajar con *lo diverso* para lograr mayor calidad de atención, incorporando la perspectiva del usuario.

Cuando nos planteamos qué hacer, pensamos en generar encuentros para comunicar a los servicios con la población y poder jugar en esta cuestión de cómo nos visualizamos, cuál es la perspectiva de cada uno respecto al otro. Pensamos en tomar algunas zonas y trabajar con algunas técnicas, inclusive dramáticas. Plantear escenas en la cual uno podría jugar el rol del otro y se encontraría ante el problema de concurrir al centro de Salud con las dificultades que podían encontrarse en la comunicación, cómo visualizaba cada uno la atención del otro y en qué medida era tenida en cuenta la propia perspectiva. Poder hacer un juego de roles e intercambio que disparara el problema que tenemos desde la atención, que responde a un modelo rígido, al cual el usuario tiene que entrar y adaptarse, que muchas veces obstaculiza la comunicación. La idea era tomar algunas zonas y poder trabajar con algunas técnicas, que cambiaran los roles, que pusieran en tensión y en problema el acercamiento al otro, a lo diverso. Conversar y no procesar al otro.

La tendencia de nuestro grupo fue abrir y analizar mucho el problema. Nos costó terminar el proceso y definir algunas de las cuestiones de los recursos.

Cómo podríamos lograr esto: con una red humana de trabajadores de Salud y usuarios, facilitada con recursos psicodramáticos, educativos, reflexivos, realizados por zonas y planteados desde problemáticas concretas, vividas por los grupos abordados; por ejemplo: un proceso de educación permanente.

Dr. Rovere:

Hay un esfuerzo grande de este ejercicio de procesamiento para pasar a estas situaciones. Tal vez en el ejercicio uno debería, dada la enorme distancia cultural, agradecer una característica tan particular de Rosario que es tener una comunidad Toba, y aparte tenerla en los medios, activa, etc., porque es la que de alguna manera está llamando todo el tiempo la atención sobre el *otro*: aunque ocurre que ese no es el único “*otro*”. En ese sentido me parece que está fuerte y vale como un trazador, como una situación extrema, pero que invita a conocer a todos “los *otros*”.

También está implícito, pero quiero hacerlo más enfática, son los modelos de atención centrados en el usuario. Es muy curioso cómo uno puede llegar a encontrar una conexión entre el tema antropológico y etnocéntrico y los modelos de calidad, que aparentemente está más por la “Iso 9000” y no sé cuántas cosas de calidad técnica, y después cuando a la calidad hay que construirla desde la perspectiva del usuario, las técnicas son muy parecidas para poder entender, en realidad, qué es lo que necesita el otro. Y hay un “salto *etnocéntrico*” cuando un hombre atiende a una mujer, hay un salto etnocéntrico cuando una mujer atiende a un hombre, hay un salto etnocéntrico cuando un hombre o una mujer atienden a un niño, es decir que el etnocentrismo es múltiple, en múltiples situaciones.

Entre otras cosas que no nos aparecen en la idea de red misma, es que distintos sectores sociales tienen distintas redes, que las redes de supervivencia de los sectores populares están más organizadas que los sectores de clase media y que a veces no sabemos usar esas redes. Tal vez, incluso, a uno, con un sentido ortodoxo, se le hubiera ocurrido llevar al paciente a su casa; a lo mejor ahí la red de contención no es la casa, hay otras personas, a lo mejor son sus amigos los que en ese momento estarían en condiciones de armarle el colchón de contención para prevenir el suicidio. Este tipo de cosas hacen directamente a este salto de salir del productivismo, de hacer procesar a los pacientes a todos igual como si fueran *pizzas* que salen una detrás de la otra, para que los pacientes empiecen a tener rostro, voz, que empiecen a tener expectativas, subjetividad, empiecen a poder emerger desde ellos y nuestra atención entonces se hace más intersubjetiva.

Me parece muy buena la resolución. Habría que ver qué puntos logran; en un momento hay sensación de experiencia piloto y en otro momento se tiene la sensación de que habría que encontrar un dispositivo que no lo reduzca a esto, y a lo mejor la alianza con el tema de calidad puede ser una estrategia fuerte, porque del etnocentrismo de repente nos corremos todos, pero con calidad es más complicado.

Epílogo

Hemos hecho un largo camino hasta acá. Creo que fue muy bueno no tener clausura de alguna forma, efectivamente creo que inauguramos algo y que no hay clima de cierre o de terminación, sino de quedarse con una tarea y con algunas herramientas más que las que tenían antes de esta actividad, para seguir trabajando en esto. Cerrar con programación y no haber llegado a **evaluación** a lo mejor ayuda en esto: todo lo que hemos planteado hoy nos dice que esto continúa. Más allá de que pudiéramos hacer una ronda, preguntándonos cómo continúa, creo que en el fondo sabemos por dónde y parece que el encuentro, eventualmente, es el dispositivo, es la posibilidad concreta de encontrar cosas y de que a uno se le ocurran algunas que disparen al otro. Yo escucho cosas que nunca se me hubieran ocurrido y quizás, lo más grandioso de todo, *digo* cosas que nunca se me hubieran ocurrido si no hubiera participado en ese evento.

Si recordamos el primer documento, que hablaba de la pedagogía del encuentro, de alguna manera me parece que se está planteando esto; obviamente no podemos pasar el tiempo encontrándonos, tenemos una demanda de presión, los tiempos nuestros son financiados y le tenemos que explicar tanto a la Secretaría, a la red y sobre todo a nuestros pacientes, por qué hoy no los estamos atendiendo. Hoy tenemos que explicarles a los pacientes esto y poder explicarles, y sentirlo, que hoy no lo estamos atendiendo porque mañana los vamos a atender mejor.

Yo les agradezco toda la posibilidad y la oportunidad de aprendizaje que significa el haber estado compartiendo con ustedes este trabajo durante estos cinco encuentros y no sé exactamente cómo, pero estoy seguro que esto sigue. Muchas gracias.

✓

BIBLIOGRAFIA

- ABALOS D.: Strategies of transformation Toward a Multicultural Society, Praeger 1996
- ALBRETCH K.: Todo el Poder al Cliente Paidós Buenos Aires 1992
- BAKER W.: Networking Smart Mc Graw Hill, New York 1994.
- DABAS E.: Najmanovich Redes: El lenguaje de los vínculos Paidós Bs. As., 1995
- DABAS E.: Red de redes, Paidós, Bs. As., 1993
- DE BONO E.: Conflictos: una mejor manera de resolverlos, Deusto, Bs. As., 1990
- ELKAIM M. et al: Las Prácticas de las Terapias de Red, Gedisa Ed., Barcelona, 1995
- FOX, N.: Posmodernism, Sociology and Health, Toronto, 1994
- GOTTHEIL J., SCHIFFRIN A. (comp.): Mediación: una transformación en la cultura Paidós, Buenos Aires, 1996
- HICKS R.: Grupos de Trabajo Autodirigidos Serie 50 Minutos México D.F. 1992
- KRIESBERG L.: Sociología de los Conflictos Sociales Trillas México D.F. 1975
- LIPNACK J., Stamps J.: The Age of the Network Omneo, New York, 1994
- MINTZBERG H.: El Poder en la Organización Ariel Economía Barcelona 1992
- MOORE C.: El Proceso de Mediación Gránica Barcelona 1995
- PAZZIANOTTO A.: Negociação Casa da Qualidade, Salvador Bahía, 1995
- REIS E. et al: Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa ANPOCS- HUCITEC Ed, Sao Paulo 1995
- RIECHMANN J., FERNÁNDEZ BUEY: Redes que dan Libertad, Paidós, Bs As, 1994
- ROVERE, M: Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud, publicado por la OPS-OMS, PALTEX N° 96
- SLUZKI C.: La Red Social: frontera de la práctica sistémica, Gedisa Editorial, Barcelona 1996
- THOMPSON KLEIN J.: Interdisciplinarity Wayne Detroit 1990

ANEXOS

LA SOCIEDAD FRAGMENTADA

Dr. Alberto Binder

Caracas, Jan-Fev, 1991)

Cualquier análisis de la situación de las minorías políticas en América Latina debe enmarcarse en el fenómeno de la “sociedad fragmentada”. Ella es la base social propia de las democracias restringidas y denota una sociedad en la que, mediante distintas “estrategias de fragmentación”, transforma a la mayoría o a la totalidad de la sociedad en un conjunto de grupos aislados (minorías), que se declaran la guerra entre sí y adquieren una condición dual de víctimas y victimarios. De este modo, se evita la construcción de mayorías hegemónicas y se condiciona de un modo estructural a la democracia, evitando que se convierta en una democracia transformadora. Frente a la fragmentación de la sociedad se halla la pedagogía del encuentro, único modo de restaurar una base social verdaderamente democrática y de restablecer las condiciones de la política por encima de la guerra.

Cualquier persona que camine por las calles de nuestras ciudades latinoamericanas o viaje por los pueblos del interior de los países de la región, tendrá, sin ninguna duda, una experiencia personal y directa de la marginación de diferentes grupos sociales.

Una percepción honesta alcanza para discernir, con poca dificultad, que el conjunto de esos grupos sociales constituye la mayor parte de nuestras poblaciones. Sin embargo, la afirmación corriente de que son las “mayorías” las que, en nuestros países, se hallan en la situación de verdaderas “minorías” discriminadas, si bien es una verdad doliente, no aporta mucho de novedoso en el plano analítico aunque esa verdad siga siendo una nutriente de la praxis política.

Tampoco nos sirve ya una definición puramente cualitativa. Cuando los grupos son discriminados por características raciales muy definidas, o por situaciones sociales claramente circunscritas, es admisible la utilización de un concepto de minoría que se centre en los atributos definitorios del grupo. Sin embargo, las nuevas y complejas formas de discriminación han complicado toda caracterización cualitativa de los grupos marginados, salvo que nos atengamos a la descripción superficial que nos dicta nuestro contacto casi cotidiano con ellos.

Si nos atenemos a definiciones tales como los “sin techo”, los desocupados, los desposeídos de la tierra, los jóvenes que no han ingresado al mercado laboral, los drogadictos, los miembros de bandas juveniles, los intelectuales, los homosexuales, los rockeros, los *punks*, los ancianos sin familia, los niños de la calle, las prostitutas, los ropavejeros, los guerrilleros y, además de ello, no abandonamos las categorizaciones clásicas sobre las minorías ya experimentadas en el sufrimiento de la marginación, descubriremos que, en definitiva, estamos describiendo prácticamente la totalidad de la sociedad bajo el prisma de su fragmentación.

Por el contrario, toda definición del concepto de “minoría” debe basarse en el único elemento que a mi juicio se mantiene inalterable tras todas las formas de marginación y discriminación: siempre existe una determinada relación de poder, un determinado grado de alejamiento del poder. Las minorías son, en realidad, una función del poder mismo.

Ensayemos una definición: una “minoría” es un grupo social, relativamente aislado de otros grupos sociales, con una imposibilidad absoluta de adquirir la hegemonía política en un contexto social determinado, con nula o muy escasa posibilidad de producir políticas sociales y que, por lo tanto, sufre, como sujeto pasivo, prácticas arbitrarias por parte de otros grupos sociales (de diferente o igual condición que ella) y es sometida a condiciones de vida por debajo del respeto a los derechos humanos fundamentales, sin posibilidades de obtener defensa o protección, por razón de su misma condición.

Luego de este ensayo de definición pareciera que afirmar, como hemos hecho, el carácter poco productivo de la consideración de las mayorías como minorías, es una franca contradicción, ya que resulta evidente que gran parte -y en algunos casos la totalidad- de la población de nuestros países podría ingresar dentro del universo dibujado por nuestra definición.

Sin embargo, lo que pretendemos demostrar es que no se trata de que las mayorías sean tratadas como minorías, por una simple relación de poder, como si se tratara de una relación entre bloques, sino de un fenómeno más complejo, que provoca la “fragmentación” de la mayoría en grupos sociales, que son tratados y se tratan entre sí como “minorías discriminadas”, que impide o dificulta la “constitución” de una “mayoría” y, por lo tanto, produce el efecto político de que esas mayorías tengan una imposibilidad absoluta de adquirir la hegemonía política y muy escasa posibilidad de provocar políticas sociales.

La fragmentación de la sociedad es una estrategia del poder dominante y la sociedad fragmentada es la situación de gran parte de la población, que no sólo está alejada del poder, sino afectada en su propia capacidad de constituirse en mayoría con aspiraciones a lograr la hegemonía política.

La fragmentación de la sociedad, como estrategia de poder, busca construir o fabricar grupos sociales aislados, “minorías” en el sentido de la definición dada precedentemente, y busca generar prácticas de “guerra” entre esas minorías, logrando un control social horizontal, que involucra a esos mismos grupos sociales en una relación víctima-victimario, dual y cambiante. La sociedad fragmentada es la condición de nuestros pueblos, trabados en contradicciones superficiales, desorientados respecto a objetivos comunes, imposibilitados de asumir luchas colectivas. La fragmentación implica estrategias de desorientación. La sociedad fragmentada implica una mayoría -y a veces un pueblo entero- que ha perdido el rumbo de su propia causa nacional. Bajo esta perspectiva, afirmar que las verdaderas minorías discriminadas de nuestros pueblos latinoamericanos son las mayorías sociales, es una afirmación nuevamente rica para el análisis teórico y mucho más rica aún para la práctica política.

La sociedad hecha pedazos.

La fragmentación, repetimos, es una estrategia del poder dominante. Esta estrategia se basa en la puesta en marcha de ciertos mecanismos que constituyeron una verdadera política de “desorientación social” que actúa, fundamentalmente, en tres niveles: a) la atomización de la sociedad en grupos con escasa capacidad de poder; b) la orientación de esos grupos hacia fines exclusivos y parciales, que no susciten adhesión; c) la anulación de su capacidad negociadora para celebrar “pactos”. Generalmente los diversos mecanismos de desorientación producen efectos en los tres niveles, aunque existen algunos específicamente dirigidos hacia alguno de esos niveles en particular.

En primer lugar, una estrategia de fragmentación necesita romper el *horizonte de la totalidad*. Este horizonte de la totalidad constituye, por una parte, el espacio en el que se proyectan los objetivos transgrupales, es decir, que pueden ser compartidos por otros grupos; por otra parte, constituye el espacio en el que los pactos políticos son posibles, es decir, el ámbito en el que los sujetos del consenso se reconocen a sí mismos como potenciales aliados (y no como enemigos) y donde el consenso se hace efectivo por el acuerdo.

El primer mecanismo es el de la “muerte de las ideologías”. Mediante esta prédica se rompe el horizonte de la totalidad, ya que la ideología implica un análisis de la realidad que aspira a brindarnos una comprensión de la sociedad y de la práctica política, igualmente abarcadora. No interesa, en el fondo, la demostración de que no es cierto que las ideologías hayan muerto, o explicar que, por el contrario, la prédica misma consiste en un ejemplo de uno de los triunfos más aplastantes de una ideología definida. Al poder dominante no le interesa que se grave en la conciencia de los ciudadanos la idea de la muerte de las ideologías, porque esa idea no es un antídoto suficiente para adquirir una ideología remozada. El virus que contiene tal prédica busca generar una proyección del futuro de carácter parcial. Toda ideología implica la asunción de una utopía social. Y como tal, se proyecta sobre un horizonte de totalidad. No interesa que se repudien las ideologías, sino que se introduzca un modo particular de pensamiento y de proyección de las acciones de los grupos sociales donde el espacio total no existe, se halla “fragmentado”. Esta fragmentación del espacio en el que se proyectan los objetivos grupales favorece modos de incomunicación social, dado que la posibilidad de que los objetivos específicos del grupo se conviertan en objetivos transgrupales, se ve afectada en su propia base. La prédica desidedologizadora es un mecanismo para anular la capacidad de asumir utopías sociales y para eliminar la idea de espacio total en el que ellas están inmersas.

Existe otro mecanismo para destruir la capacidad utópica de los grupos sociales. El que hemos descripto, busca anular el espacio de la totalidad. El que ahora analizaremos busca ocupar todo ese espacio, eliminarlo por saturación. A este mecanismo lo denominamos “milenario”.

El milenarismo se presenta como una versión de la historia y del desarrollo político de nuestras sociedades según el cual hubo una antigua época de oro, donde nuestros países gozaban de una buena situación social y económica, el progreso era constante, las clases políticas cultas y responsables, la moneda fuerte y, en general, se vivía una época de prosperidad y bienestar. Cada país tiene su propia versión milenarista, según sus propias condiciones históricas y presentes.

Es obvio que se trata de una visión simplista y falsa, pero la estrategia milenarista consiste, precisamente, en instalar en la conciencia social una idea de pérdida, la sensación de que “antes” estábamos bien y luego estuvimos mal. Tal simplificación del análisis histórico tiene entre sus objetivos facilitar la fractura que requiere la ruptura de la totalidad: “¡Olvidemos los sufrimientos del pasado, abandonemos la génesis de nuestro presente, acabemos con las viejas rencillas que han paralizado a nuestros pueblos! ¡Sólo importa recuperar el pasado de gloria, la abundancia de los viejos tiempos!”. ¿No hemos escuchado frases de este tipo en muchos discursos oficiales de nuestros diversos países? ¿Esas frases no son un lugar común del análisis político que realizan muchos de nuestros gobernantes?

De este modo se produce un nuevo factor de desorientación: el presente se define como algo nuevo, como una nueva *fundación*, que no tiene que saldar ninguna deuda con el pasado; pero, a la vez, se presenta como la *restauración* de un tiempo idílico. La estrategia milenarista busca apropiarse de la historia y con ella busca adueñarse de la conciencia histórica, generando un vaciamiento de la conciencia colectiva.

Ahora bien, si se pierde la conciencia histórica, se pierde también la posibilidad de definir el futuro, ya que el presente se convierte en el único espacio libre. Y esto es precisamente lo que busca la versión milenarista. El futuro ya está definido y legitimado porque es la restauración de la edad de oro.

El mecanismo de desorientación es sencillo: a) Se elige un determinado momento histórico; b) se lo define de un modo simple, destacando todas sus bondades; c) luego todo lo que ha ocurrido desde ese momento hasta el presente es una pérdida, un retroceso, la destrucción de la edad de oro (así se presenta a la historia nacional, como una historia de la decadencia); d) por lo tanto, es necesario restaurar aquel momento glorioso y esa restauración es el único camino posible. Cualquiera podría decir que es imposible que las personas acepten un mecanismo tan claramente falso y simplista. Sin embargo no es un problema de aceptación; se trata, antes bien, de una imposición, aunque sea esa lenta y vaga imposición a cuentagotas que se hace a través de los medios de comunicación o del discurso oficial y periodístico.

La perspectiva milenarista que se busca imponer a nuestras sociedades como un esquema general del análisis de la realidad, funciona, entonces, como una contrautopía, ya que satura el futuro, deslegitimando todo aquello que no sea la restauración.

Ya hemos visto cómo la muerte de las ideologías y el milenarismo destruyen el futuro como espacio posible para que allí se instalen los objetivos transgrupales y se produzcan los pactos que organizan el consenso. Esta destrucción del futuro (por anulación y saturación) es crucial, ya que la política es esencialmente proyectiva, es decir, como toda praxis, se organiza a partir de finalidades comunes que, necesariamente, están instaladas en un futuro desde el cual se programa y organiza el presente.

Pero las estrategias de fragmentación no se conforman con asegurarse la destrucción del futuro, ellas necesitan destruir los espacios que puedan constituirse en el presente, que, desde el punto de vista de la vida humana y social no es una simple línea, sino una franja que incluye el futuro y pasado cercanos.

La ruptura del presente se logra mediante la declaración de la “peste” y generando la cultura del “naufragio”. Ambos son mecanismos para lograr que el presente sea un tiempo y un espacio propicio para el desencuentro, e incluso se transforme en una guerra entre grupos sociales igualmente marginados.

La peste es un mecanismo mediante el cual, repentinamente se infunde en la sociedad el miedo a un mal potencial, inminente e incierto, que amenaza a todos y cada uno de los miembros de la sociedad. Estos males pueden ser absolutamente falsos o pueden utilizarse problemas reales. Por ejemplo, en muchas ocasiones se manipula la sensación de inseguridad frente a los delitos para generar este mecanismo de miedo colectivo. Otras veces se utiliza el problema de la droga. Lo cierto es que este mecanismo busca producir los mismos efectos sociales que antiguamente cumplía la declaración de la peste.

En primer lugar, se genera una situación de emergencia, que permite alterar la escala de valores: lo único importante es combatir la enfermedad. En segundo lugar, divide a la sociedad en cuatro clases de individuos o grupos sociales: a) los contaminados (los más peligrosos); b) los “cuasicontaminados” (portadores sanos,

“tontos útiles”, en el lenguaje del terrorismo de Estado); c) los contaminados potenciales o contaminables (la casi totalidad de la sociedad) y, por supuesto d) los incontaminables (que tendrán que asumir la tarea de limpiar a la sociedad de la peste). En tercer lugar, una situación de emergencia habilita medidas de emergencia y cuando un mal es definido como peste se puede perder la proporcionalidad entre las medidas para combatir ese mal y la gravedad de ese mal. Como la peste es esencialmente un mal potencial, cualquier medida es adecuada para combatirla. La peste es siempre un mal muy grave ya que nos puede atacar a todos y dejar -y quedar- “fuera de control”. El cuarto efecto que produce este mecanismo es la victimización de la sociedad. Por tratarse de un mal potencial, todos somos potenciales víctimas, seres débiles necesitados de protección. La victimización produce la consiguiente transferencia de poder hacia los “incontaminables”.

La peste es el mecanismo mediante el cual los grupos sociales se declaran la guerra a sí mismos, ya que cualquiera puede transmitir el mal. Sin embargo, es propio de la peste que existan chivos expiatorios, grupos de personas que son especialmente culpables de la contaminación social, así como antiguamente existía siempre un judío o un gitano a quien se acusaba de haber envenenado las aguas de las fuentes.

Así se genera la cultura de la peste que es una cultura del desencuentro, agresiva, casi una guerra interna de la sociedad; pero no ya entre bandos perfectamente reconocibles sino una guerra sorda, instalada en el espacio interpersonal e intergrupar. Una guerra informal que, como toda guerra, implica y genera la destrucción de la política.

Pero además de este mecanismo activo de desencuentro agresivo, existe otro de fragmentación: se trata de la cultura del “naufugio”, nueva versión del individualismo, que va desde la difusión de la imagen *light* de la personalidad (“debes ser una persona linda, que se ocupa de sí misma, que cuida su salud y su cuerpo, que corre por las mañanas, limita sus preocupaciones y “diseña” una vida feliz, sin demasiadas interferencias de los otros”), hasta el desarrollo de formas de asociación que privilegian sólo sus objetivos particulares. En la cultura del naufragio toda solución colectiva no es una solución sino filantropía. “Si te ocupas de los demás, podrá ser loable, pero es que renuncias a tu solución verdadera, que es algo que sólo lograrás por ti mismo”. De este modo el “encuentro”, condición positiva de los pactos políticos se convierte en algo quizás posible, pero heroico y como tal extraordinario. Las soluciones colectivas no son soluciones; toda solución es, por definición, una solución individual.

He descrito someramente lo que considero ciertos mecanismos de construcción de las minorías en el marco de una visión amplia, que permite percibirla como una estrategia global del poder dominante, que busca hacer pedazos a la sociedad e imposibilitar de un modo absoluto la construcción de un concepto de mayoría. ¿Y si lo que se destruye es la posibilidad de constituir verdaderas mayorías, existirán verdaderas minorías discriminadas? ¿O ya estamos hablando de un fenómeno social distinto, en el que la totalidad o prácticamente la totalidad de la sociedad se haya en la condición de un conjunto de minorías que se discriminan entre sí? ¿Se puede seguir hablando en Latinoamérica de las minorías políticas, sin una referencia obligada al fenómeno de la fragmentación?

Posiblemente el análisis que he realizado hasta aquí no sirva, ni pretende hacerlo, para destruir el concepto tradicional de minorías discriminadas, ni significa que existan en el conjunto de las minorías de un país algunas que sufren formas de discriminación más graves que otras.

Su objetivo consiste en llamar la atención sobre el hecho de que en el contexto de los países latinoamericanos, por ahora irremediamente pobres, cualquier análisis del problema de las minorías debe ser realizado en el marco del fenómeno de la sociedad fragmentada y de los mecanismos de fragmentación.

Resta preguntarse, brevemente, cómo repercute este fenómeno en los procesos democráticos y si existe alguna forma de contrarrestar la fragmentación de la sociedad.

Democracia y fragmentación.

Pareciera que la descripción de la sociedad fragmentada puede acercarse a los términos de una sociedad democrática. En ella también existe una infinidad de grupos sociales y la vida democrática misma favorece la creación y el mantenimiento de grupos con intereses u objetivos comunes, aunque parciales. Se puede decir, incluso, que la vida de una democracia estable se nutre de la interacción de esos grupos y movimiento sociales de base.

¿Cuál es la diferencia, entonces, entre una y otra? Si existen coincidencias en las definiciones de democracia y sociedad fragmentada es porque hay entre ellas una relación profunda, que produce un efecto de espejo: la sociedad fragmentada es, precisamente, la versión estructural y profunda de la “antidemocracia”; es, justamente, la base social de la democracia “formal”.

Una democracia puede ser formal y restringida por diversas razones. Muchas veces existen presiones externas que así lo establecen (por ejemplo, la presión de la deuda externa); en otras ocasiones la supervivencia de factores de poder antidemocráticos en su propio seno genera las restricciones y condicionamientos (por ejemplo, la presión política de los ejércitos); otras veces, la falta de experiencia política de los mismos dirigentes, hace que la democracia pierda en profundidad, depreciando su contenido por prácticas corruptas (lo que la gente común, con gran acierto, suele llamar “politiquería”). Sin embargo, todas estas circunstancias son transitorias y modificables: ninguna de ellas señala un fenómeno estructural de la sociedad que genere una disminución en la posibilidad misma de la vida democrática. Por lo contrario, la sociedad fragmentada es la condición estructural de una base social compatible con la democracia restringida, ya sea porque es sumisa a ella o porque carece de posibilidades de modificarla.

Una sociedad en la que existen muchos grupos sociales organizados, que establecen entre sí formas de cooperación o alianza fundadas en su capacidad de negociación y pacto, que aspiran a construir formas de hegemonía política a través del ejercicio cotidiano del poder y que tienen, incluso, capacidad para generar estrategias de autodefensa, es una sociedad que podrá tener o no una democracia social y participativa, pero que se encuentra en condiciones de tenerla. Una sociedad, por el contrario, en la que existen muchos grupos sociales organizados pero aislados entre sí, que han perdido la capacidad de establecer alianzas o pactos y, por lo tanto, se hallan en la imposibilidad absoluta de construir la hegemonía política; que no desarrollan formas de cooperación entre sí, sino que se embarcan en una guerra sorda, en la que mutuamente se agreden e intercambian sus papeles de víctimas a victimarios, donde no tienen posibilidades de construir estrategias efectivas de defensa y, por lo tanto, viven sometidos a formas de discriminación social, esa es una sociedad fragmentada que, como tal, o no vive en una democracia o se amolda perfectamente a las características políticas de las democracias restringidas, esto es, aquellas en las que la libertad democrática es más una declamación que una realidad, la tolerancia es una práctica reservada a ciertos círculos notorios y el poder popular una vaga aspiración.

Existe una coincidencia llamativa en la lógica de la dependencia: Latinoamérica camina, al mismo tiempo, hacia la democracia y hacia la sociedad fragmentada. Existen, al mismo tiempo, estrategias de democratización junto con las estrategias de fragmentación de las que ya hemos hablado. Ello nos descubre un problema político crucial: la democracia real y profunda, cuando es una democracia pobre, en la que millones de personas no viven como seres dignos, por su propia esencia (la voluntad general) deviene, necesariamente, en una democracia transformadora y, ¿por qué no?, revolucionaria. Por tal razón, una democracia dependiente debe asegurar que no se convertirá en una democracia transformadora. Para lograr ese objetivo la democracia dependiente debe sustentarse en -y generar al mismo tiempo- una sociedad fragmentada.

Podemos permanecer inmóviles frente a una visión pesimista de nuestro futuro. Si nuestros pueblos están siendo atacados en un nivel tan primario ¿existe alguna posibilidad concreta de dotar a las nacientes democracias de un perfil transformador? O acaso la fragmentación de la sociedad, el proceso político cultural de dominación que convierte a todos, o casi todos los grupos sociales en minorías discriminadas, con el agravante de que los procesos de discriminación son producidos por ellas mismas, ¿se halla en una posición de tal fuerza, que no existe, por el momento, poder popular capaz de oponérsele? Mal que nos pese, o nos duela, pareciera que los procesos económico-sociales de los países latinoamericanos caminarán durante un buen tiempo por esa senda, de un modo irreversible. Sin embargo, así como los procesos sociales sólo pueden ser interpretados en el tiempo largo de la historia, la vida política real de los pueblos se proyecta a un futuro, por lo menos, tan largo como la historia misma. Se podrá objetar que esa última afirmación es un acto de fe, propio de una visión escatológica. Nada se puede responder a esa objeción, salvo que toda proyección sobre el futuro -y no existe política sin esa proyección- implica una determinada cuota de fe.

Hacia una política del encuentro.

Por lo tanto, el primer acto de resistencia contra las estrategias de fragmentación es la recuperación del futuro como espacio de la política. El segundo paso, ligado al primero, consiste en la recuperación del análisis histórico, que nos permita una interpretación genética de nuestro presente. Toda génesis, por lo menos en el plano de la vida humana, nos habla de un proceso y nos abre las puertas del futuro. El tercer “paso-acto de resistencia” consiste en la recuperación de la capacidad de encuentro: a nivel personal, lo que implica la revalorización de los espacios personales para el diálogo, la idea primaria, pero central, de que la vida es impensable e inviable como un acto aislado e individual; como consecuencia de ello, a nivel grupal, el rescate de la organización popular y social, como el horizonte vital más propiamente humano; por último, a nivel colectivo, la recuperación del espacio de los pactos y el consenso intergrupales, es decir, la recuperación de la esencia de la política. Todo ello implica una “pedagogía del encuentro”, que se enfrenta, con el mismo efecto de espejo, a las estrategias de la fragmentación. Ella nos permitirá superar el milenarismo, la muerte de las ideologías, la peste, la vida *light*, la cultura del naufragio, el control social horizontal y tantos otros fenómenos que quieren asegurar la apropiación capitalista del espacio interpersonal, de la capacidad de realizar pactos, de construir el consenso y lograr la hegemonía política. Para el poder dominante ya está asegurada la apropiación de la fuerza de trabajo, también no corre riesgo la apropiación de las fuerzas de consumo, sólo resta apropiarse de la fuerza misma.

Conclusiones.

En este breve ensayo hemos desarrollado las siguientes ideas, cuya enumeración sintética puede valer como conclusión:

- a) la situación sociopolítica de Latinoamérica nos obliga a superar cualquier descripción tradicional de “minoría”, o por lo menos, nos obliga a destacar el atributo común a todo proceso de discriminación de una minoría: su carácter funcional respecto al poder dominante;
- b) del mismo modo, la afirmación “son las inmensas mayorías de nuestros países latinoamericanos las que sufren procesos de discriminación”, si bien es aún válida, debe ser profundizada en el marco de las nuevas estrategias de poder;
- c) esas estrategias del poder dominante se caracterizan por la fragmentación de la sociedad, es decir, la creación de grupos sociales aislados, que realizan prácticas de guerra entre sí (los nuevos modelos de lucha contrainsurgente son un buen ejemplo de ello);
- d) la existencia de grupos sociales aislados, sin posibilidad de construir pactos hegemónicos, en una relación dual de víctima-victimario, que los sumerge a todos en condiciones de vida infrahumanas (definición sustancial y no relacional de discriminación), nos señala la presencia de la sociedad fragmentada;
- e) la sociedad fragmentada es la base social propia de las democracias formales o restringidas y, como tal, genera un condicionamiento estructural, que imposibilita la profundización de la democracia hacia formas populares y participativas, que por la misma lógica de la voluntad mayoritaria, harán de esas democracias instrumentos de liberación de nuestros “pueblos-minorías” y no de dependencia;
- f) por esa misma razón se produce un efecto de espejo entre el concepto de democracia y la sociedad fragmentada, que puede enturbiar el análisis político, sin dejar ver las diferencias entre movimientos sociales de base y grupos sociales aislados, puja legítima por el poder (condición positiva del pacto político) y guerra sorda (anulación de la política), pragmatismo (como asunción de la estrategia, como nivel básico de la política) o ruptura del horizonte de la totalidad (milenarismo o muerte de las ideologías);
- g) el proceso de fragmentación de la sociedad parece un proceso irreversible en el corto plazo;
- h) frente a las estrategias de fragmentación podemos enfrentar la pedagogía del encuentro, acto de “resistencia-rescate” de la política, que se nutre de una cultura del encuentro y la tolerancia.

Si la fragmentación de la sociedad es un fenómeno sociopolítico, la “fragmentación del análisis” es su peculiar manifestación en el campo de la sociología y de la teoría política, muchas veces oculto en una sana búsqueda de precisión y de utilidad teórica. Sin embargo, nunca como ahora el pensamiento latinoamericano necesita de una audacia responsable, que se lance de lleno al análisis de los fenómenos sociales y políticos, aunque las condiciones propias de producción del pensamiento generen algún tipo de tosquedad insuperable.

No debemos olvidar que si estamos rodeados de los “sin techo”, los desocupados, los desposeídos de la tierra, los jóvenes que no han ingresado al mercado laboral, los drogadictos, los miembros de bandas juveniles,

los intelectuales, los homosexuales, los rockeros, los *punks*, los ancianos sin familia, los niños de la calle, los solitarios, las prostitutas, los ropavejeros, los guerrilleros o directamente formamos parte de alguna de estas minorías o de otras que la imaginación discriminadora de nuestras sociedades o las estrategias del poder dominante puedan crear la prueba de fuego de nuestros productos intelectuales sigue siendo su capacidad para generar prácticas políticas liberadoras, como una contribución más a la construcción de democracias que verdaderamente sean sociedades de hombres igualmente libres e igualmente dignos, sin importar su raza, su color, su condición social, sus ideas, su pasado, sus “rarezas”, sus gustos; en fin, una sociedad en la que ser “distinto” no signifique ser un enemigo.

MESA DE ACUERDOS

Mesa del grupo Emergencias: (acuerdos intra e interinstitucionales)

- Acuerdo intrainstitucional HECA-HECA, entre el Servicio de Emergencias y el Departamento de Enfermería, para un funcionamiento y derivación interna de pacientes.
- Acuerdo HECA-SIES para la clasificación de víctimas múltiples.
- Derivación de los chicos del Hospital de Niños Vilela para que se hemodialicen en el HECA
- Esterilización de los elementos que se usan en común.
- De asociación: por el tema de las tomografías computadas durante la urgencia, los niños del Hospital Vilela se hacen las tomografías directamente en el HECA
- Acuerdo de colaboración entre el Roque Sáenz Peña y el Clemente para evacuar las interconsultas a través de las distintas especialidades.
- Acuerdo de colaboración entre el HECA y el Roque para la derivación y los pacientes que vuelven al hospital.
- Con el HECA y el SIES, acuerdo de cooperación para capacitación conjunta de integrantes de las distintas plantas en el terreno de lo prehospitario.
- Un acuerdo entre el HECA y el SIES de asociación para establecer el sistema de intercambio de elementos de inmovilización, se dejan los pacientes para recuperar esos elementos y no tener que esperar que el paciente se traslade.
- Acuerdo del SIES con el Vilela, de colaboración en la capacitación recíproca.
- Acuerdo entre el Vilela y el SIES, colaboración con las ambulancias.
- Acuerdo de asociación entre el Vilela y el SIES para el traslado de pacientes del hospital a los otros efectores o centros.
- Acuerdo de reconocimiento entre el SIES y el Roque Sáenz Peña para la capacitación conjunta del personal del SIES en las urgencias tocoginecológicas.
- Entre el Vilela y el SIES un acuerdo de colaboración para traslado.
- Entre el Roque Sáenz Peña y el Vilela, un acuerdo de asociación para el intercambio de pacientes en caso de emergencias.
- Entre la Secretaría y el HECA un acuerdo de cooperación para la valoración de capacitación de recursos humanos en emergencias prehospitarias e intrahospitarias.
- Acuerdo entre la Secretaría y el Vilela de asociación para la internación domiciliaria.
- Acuerdo de asociación entre la Secretaría y el Vilela por el tema del lavadero central.
- Con el hospital Carrasco y el Hospital Alberdi, entre el Hospital Alberdi y el SIES un acuerdo de coordinación para agilizar derivaciones de pacientes.
- Un acuerdo de reconocimiento entre el Carrasco y el SIES en que acordaron reunirse para una mejor resolución de los pacientes y su internación y traslado de acuerdo al nivel de complejidad.

Mesa del grupo Diagnóstico y Tratamiento:

- Acuerdo entre el HECA y Epidemiología, donde la dirección del HECA y Epidemiología acuerdan colaborar para que la norma de derivación de TBC se dispense y se cumpla de manera adecuada, como hacer el control del paciente designado a través de la programación de controles y altas.
- Entre el HECA y APS, entre la directora de Atención Primaria y la dirección del Hospital de Emergencias estudiar las demandas por diagnóstico y domicilio y complejidad del consultorio externo para definir qué posición debe ser tomada por el HECA y qué mecanismos se emplearán para discriminar los niveles de atención.
- Entre la dirección del HECA y la coordinadora del programa de TBC, utilización de los métodos rápidos de diagnóstico y la derivación de tratamientos supervisados.
- Dirección del HECA y Servicio de Clínica del Carrasco, queremos pacientes del Servicio de Clínica del Carrasco que requieran complejidad del HECA no disponible y que puedan acceder rápidamente a la misma, que los pacientes por su estado de internación en el hospital puedan ser evaluados hacia una complejidad menor del Carrasco liberando camas para pacientes de Clínica de mayor complejidad.
- Entre la dirección del HECA y la dirección del Carrasco, facilitar para que la jefatura de guardias de emergencia y Carrasco actúen con mecanismos claros ascendentes y descendentes para la admisión de pacientes de alta complejidad por parte del HECA y que sean recepcionados pacientes que no requieran de la misma complejidad en el Hospital Carrasco.

- Entre el Alberdi y el Alberdi, o sea que es esto es algo interno, Clínica Médica y Salud Mental acuerdan garantizar la atención con la evaluación y diagnóstico de los pacientes con cuadros de demencia para consensuar tratamiento. Es un acuerdo de colaboración y cooperación.
- Entre el Alberdi y Auditoría de Farmacia, acuerdan fiscalizar desde Auditoría de Farmacia que la necesidad del medicamento TBC, que debe ser provista por el Hospital Carrasco, se garantice a este hospital. Es de cooperación.
- Alberdi y Epidemiología, entre Clínica Médica del Hospital Alberdi y Epidemiología acuerdan notificación de casos sospechosos de Triquinosis en forma rápida, ágil, para iniciar acciones de tratamiento. Acuerdo de conocimiento.
- Alberdi y Carrasco, Clínica Médica y Clínica Médica, acuerdan colaborar en la solución de los problemas de internación cuando uno de los dos servicios tenga disponibilidad de camas, responsabilizándose ambos en los problemas posteriores de externación (seguimiento del paciente). Acuerdo de cooperación y asociación.
- Entre Clínica Médica del Hospital Alberdi y Neumonología del Hospital Carrasco acuerdan realizar las fibroscopías de pacientes ambulatorios internados con un cupo propio para el Servicio de Clínica Médica del Hospital Alberdi. Es un acuerdo de colaboración.
- Otro acuerdo de colaboración: derivación de pacientes a centros para tratamiento de supervisión de TBC y cama de internación para TBC.
- HECA y Auditoría de Farmacia, acuerdo dentro del Departamento de Enfermería con Auditoría de Farmacia para establecer en un futuro cercano acuerdo de registros de materiales descartables utilizados en los distintos servicios del Hospital de Emergencias.
- Entre Epidemiología y Carrasco acuerdan normatización del flujo de pacientes en TBC derivados para tratamientos supervisados.
- Entre la vicedirección del Carrasco y Auditoría de Farmacia, acuerdan que se garantizará desde Auditoría de Farmacia la viabilidad de información para registros de costos y presupuestos desde la farmacia de dicho efector y la vicedirección. Es de colaboración.
- Entre el Servicio de Neumología del Hospital Carrasco y Auditoría, acuerdan que desde Auditoría se fiscalizará que toda la medicación de TBC llegue al centro de salud al cual fue derivado el paciente.
- Entre el laboratorio del Hospital Carrasco y Auditoría. El laboratorio garantizará la información de material descartable utilizado en la extracción de las salas.
- Clínica Médica del Hospital Carrasco y Auditoría. Se garantizará desde farmacia la entrega de la medicación para tratamientos prolongados por el tiempo que estimara el profesional prescribiente, el cual a su vez se compromete a garantizar la fidelidad de la prescripción a través de la receta.
- Entre la Secretaría de Salud Pública y Auditoría de Farmacia. Acuerdan, entre la Dirección de Coordinación y Programación y Auditoría, discutir un nuevo perfil de Auditoría de Farmacia. Es de reconocimiento, cooperación y conocimiento.
- Entre el San Martín y el Hospital Carrasco acuerdan el poder resolutorio en la guardia del Policlínico San Martín descongestionando la guardia del Carrasco, evitar derivaciones que pueden ser resueltas en el nivel del Hospital Carrasco o del Centro de Salud.

Mesa del grupo Salud Mental:

- Acuerdo entre el Departamento de Psicología y el Comité de Docencia e Investigación a nivel de cooperación, acuerdan optimizar el proceso de admisión al servicio de Salud Mental para mejorar la calidad de atención y resolver desborde de demandas.
- Entre la Dirección de Discapitados y el Departamento de Psicología, acuerdan responder a demanda insatisfecha, implementación de talleres terapéuticos, niños con severos trastornos del desarrollo.
- Acuerdo entre Trabajo Social y Salud Mental del Hospital Alberdi, hay asociación en el abordaje de problemáticas de Salud Mental con fuerte incidencia social.
- Entre el Departamento de Psicología y el Centro de Salud Toba, un acuerdo de afectar recursos en Salud Mental del Centro de Salud Casals para responder a la demanda del barrio Toba.
- Entre el Centro de Salud Toba, el Casals y el Departamento de Psicología, realizar gestiones tendientes a reforzar los equipos de Salud Mental de los centros en razón del incremento de la demanda y organizar un dispositivo para la atención de los pacientes en crisis con pautas planificadas para su abordaje.
- Entre el Centro de Salud Toba y el Comité de Violencia, a partir de este reconocimiento se promueve una futura colaboración en la problemática.
- Entre el Comité de Violencia y el Departamento de Psicología, promover la construcción de la red de contención y prevención de violencia.
- Entre el Centro de Salud Toba y la Dirección de Discapitados, acuerdan un trabajo conjunto.
- Entre el Comité de Violencia y la Dirección de Discapitados, acuerdan participación de la Dirección en la construcción de la red de violencia familiar.

- Entre la Dirección General de Coordinación y Programación y el Departamento de Psicología de la Secretaría, acuerdan instalar en la agenda de la Secretaría de Salud Pública la discusión del programa de Salud Mental.
- Un acuerdo de cooperación entre el Departamento de Trabajo Social y la coordinadora del programa de TBC para trabajar coordinadamente en el tratamiento supervisado de pacientes con Tuberculosis.

Mesa del grupo Comunicación Social:

- Acuerdo entre APS y el Hospital Roque Sáenz Peña de reconocimiento y cooperación con los distintos niveles, servicios y programas, no está especificado el acuerdo.
- Acuerdo entre el APS y el Roque Sáenz Peña un acuerdo de planificación sobre la detección y seguimiento de casos de TBC.
- Acuerdo de Comunicación con Gestión sobre los niveles de acuerdo y reconocimiento, políticas de salud priorizar promoción y prevención.
- Acuerdo de APS con CEPA ¹⁹, de conocimiento, reconocimiento y cooperación dependiendo de las singularidades de cada centro.
- De Epidemiología con APS un acuerdo de planificación en la problemática de TBC.
- Atención Primaria con Educación para la Salud, sobre “Vecinos participando”, es una acuerdo de participación.
- Del CEPA y el Hospital Roque Sáenz Peña, es un acuerdo de cooperación y colaboración sobre el trabajo conjunto, del equipo interdisciplinario sobre adicciones.
- APS y el CEPA de cooperación, investigación y colaboración: Salud el abordaje interdisciplinario de la problemática de Adicciones.
- APS y Epidemiología, sobre educación permanente. Es un acuerdo de planificación.
- Acuerdo de APS con ☹... (asociación).
- De Epidemiología y el CEPA en el nivel de asociación, sobre investigación en los centros de salud.
- Hospital Alberdi y hospitales, sobre programación y planificación en la problemática del TBC.
- El CEPA con el Hospital Alberdi, una acuerdo de cooperación y colaboración sobre el apuntalamiento de la prevención y promoción de adicciones.
- El CEPA y el Departamento de Educación para la Salud, un acuerdo de asociación: planificación de trabajo en escuelas, centros comerciales.
- Educación para la Salud y Hospital Roque Sáenz Peña, un acuerdo de conocimiento y colaboración.
- Educación para la Salud y Hospital Alberdi, continuación en la campaña de detección de diabetes ahora por distrito, acercamiento hacia la población y proyectos en un futuro.

Mesa del grupo Materno-infantil:

- Acuerdo entre el Alberdi y APS (zona Norte), acordar reuniones para conocernos y normatizar acciones a seguir.
- El distrito Norte de Centros de Salud de APS con Hospital Alberdi, acuerdos de asociación.
- Entre la Neo de la Martin y el Roque con el UTI del Vilela acordar profundizar sobre mejores opciones para la atención de la cirugía neonatal.
- Acuerdo de trabajo entre UTI y Servicio de Psicología del Vilela en el nivel asociación.
- Entre APS y el Sáenz Peña acuerdo de reuniones periódicas para planteos de diferentes situaciones, reconocimiento o conocimiento entre el Servicio de Pediatría y Maternidad, y niveles de acuerdos para complementar el Servicio de Planificación Familiar.
- El centro de Salud Casals con la Maternidad Martin acuerdan derivación desde la maternidad de de zona del centro de Salud para control de pacientes e implementación de planificación familiar que la Maternidad no posee.
- Entre el grupo “SANAR” del Roque Sáenz Peña y la Dirección de Discapacitados, el acuerdo es tratar de alcanzar el nivel de cooperación. En este momento se está trabajando a nivel de colaboración.
- Entre el Servicio de Psicología del Hospital Vilela y la Dirección de Discapacitados, el acuerdo consiste en trabajar sobre el reconocimiento de la necesidad de creación de espacios de trabajo conjunto en el tema: “patologías subjetivas graves en niños”.
- Entre APS y la Dirección de Discapacitados en el nivel 4 de cooperación en lo referente al tema de discapacidad, de atención, seguimiento, lograr sensibilidad en el Servicio de Salud, integración, etc. Debe tender al nivel 5 de asociación también con otras organizaciones de la comunidad.
- Entre el Casiano Casas con la Dirección de Discapacitados, un acuerdo de cooperación para trabajar la recuperación de desnutridos, la estimulación temprana y la relación madre e hijo.

¹⁹ Centro de Prevención de Adicciones

- El grupo de Maltrato Infantil del Hospital de Niños con el Departamento de Epidemiología y con el Departamento de Trabajo Social para la construcción de la red de violencia familiar de la Secretaría.
- Entre APS, hospitales, con Epidemiología, de colaboración con respecto a la maternidad materno-infantil. Hacer la denuncia de casos de denuncia obligatoria y trabajar en prevención y promoción.
- Entre APS y hospitales, con la red de violencia familiar, para trabajar respetando la modalidad de cada lugar.
- Entre PROMIN y el grupo de la red Contraviolencia, un acuerdo de cooperación, difusión, capacitación y articulación para la prevención, promoción y asistencia de la problemática violencia en efectores, centros de salud y centros de desarrollo infantil.

Mesa del grupo Gestión y Administración:

- Entre Internación Domiciliaria y APS se establece un acuerdo para establecer criterios de derivación de internación, poniendo en marcha el sistema de internación domiciliaria. Este acuerdo es de nivel D, de cooperación.
- Entre Internación Domiciliaria y Dirección General de Atención Médica se acuerda la atención del embarazo de alto riesgo en domicilio. Este acuerdo tiene nivel E: de asociación.
- Entre Dirección General de Atención Médica e Internación Domiciliaria, criterios de admisión, altas y derivación entre los hospitales e internación domiciliaria. También tiene nivel de asociación.
- Entre Dirección General de Atención Médica y APS, con un toque de Enfermería, establecer la dotación mínima de recursos humanos de Enfermería en un programa de asignación de recursos. Este acuerdo tiene nivel D: de cooperación.
- Entre el Servicio de Estadística del Roque Sáenz Peña y la Dirección General de Atención Médica, optimización de los registros de internación, derivación e interconsultas. Este acuerdo tiene nivel C: de colaboración.
- Entre Departamento Bioquímico y Dirección de Enfermería, establecer un espacio de discusión para replantear la toma de muestras de análisis. Acuerdo de nivel E: de asociación.
- Entre la oficina de Prefacturación del HECA y la Dirección de Enfermería, la colaboración de Enfermería del HECA para que no se extravíen y desordenen las historias clínicas.
- Entre Epidemiología e Internación Domiciliaria, relacionarse para conocerse. Tienen nivel B: de conocerse.
- Entre el SIES y APS, acuerdan la profundización del conocimiento entre APS y médicos evaluadores. Esto tiene nivel B: de conocimiento.
- Entre Epidemiología y Departamento Bioquímico, planificación conjunta en áreas que nos competen para el año '98. Tiene nivel D: de cooperación.

Entre el laboratorio del Hospital Carrasco y APS, abrir la discusión sobre el funcionamiento del laboratorio de APS único.