



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

-SEDE ACADÉMICA ARGENTINA-

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

TÍTULO DE LA TESIS:

**CONDICIONANTES EN EL PROCESO DE
INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA
EN UN PROGRAMA DE SALUD DEL ÁREA METROPOLITANA
DE BUENOS AIRES: “RED PÚBLICA DE SALUD AMBA”**

2018-2019

AUTORA: Berta Silvana Figar

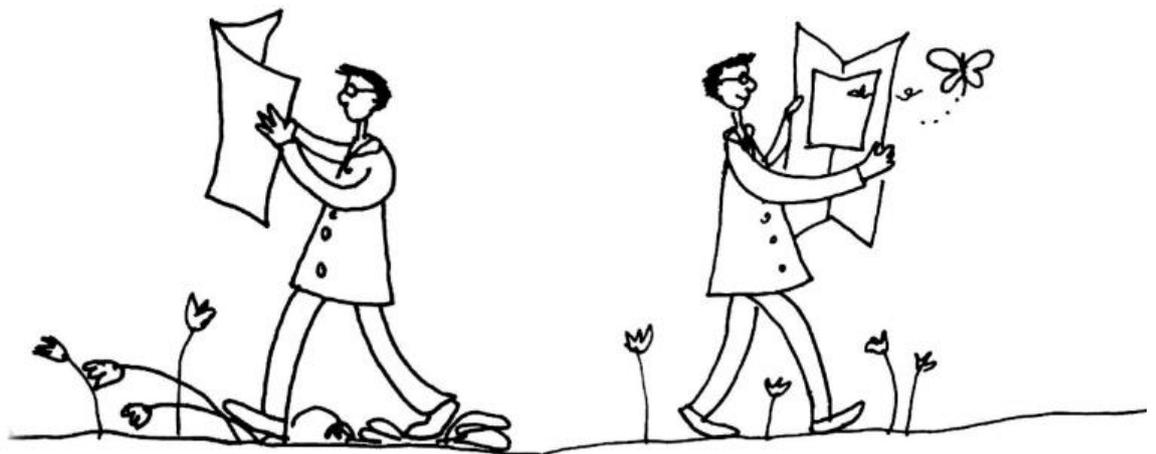
DIRECTORA: Adriana Dawidowski

CO DIRECTORA: Ana María Llamazares

FECHA: 30 de mayo 2023

“La cabeza piensa donde los pies pisan”

Frei Betto 2007



NO HAY MAPA SIN SENTIR EL TERRITORIO

Dibujo creado por Pia Berdiñas,
diseñado para la Guía de Salud Conectiva de la *Red AMBA*

I. Resumen en castellano

En esta tesis, describimos los condicionantes que influyeron a la hora de institucionalizar la participación ciudadana en salud (PCS) en un programa de salud implementado en el período 2018/2019 en el Área Metropolitana de Buenos Aires (la *Red AMBA*).

La PCS en este trabajo es considerada como un proceso de adquisición de poder ciudadano para proteger, cuidar y remediar los medios de vida y desplazar la violencia hacia la misma. Las asimetrías en el poder, en el conocimiento y en los determinantes sociales en un mundo cada vez más globalizado y con mayor desigualdad social, influyen en que, la PCS se observa pobremente implementada cuando se analizan las prácticas concretas de los programas de salud. Mediante una metodología de escenas, describimos la tensión de fuerzas operando en el sistema, y analizamos cómo las mismas configurarían los tres niveles de la forma del sistema relacional donde ocurriría la PCS (acción, contexto y metacontexto) según el enfoque de sistemas complejos. En el flujo histórico-político, analizado desde el retorno de la democracia en Argentina, a través del relato de los propios funcionarios que implementaron programas previos, la resultante de la tensión de fuerzas habría condicionado la construcción de la dimensión estructural sistémica para que tenga lugar la PCS en la *Red AMBA*. La expresión de fuerzas de igualdad de derechos, en los actores de las escenas, condicionó la construcción de la dimensión relacional del sistema. Las categorías que se asociaron a estas dimensiones se nutren de los atributos de un poder horizontal, de acciones disruptivas de los funcionarios y de conflicto con el marco instituido en los lugares donde se implementó la *Red AMBA*. En las interacciones donde la participación del sujeto se observa limitada, sea por preservación frente a la violencia del poder vertical o por conductas cínicas renegadas del ideal del rol, el sistema es reproducido. La *Red AMBA* presenta indicios de tecnologías sociales transicionales para la implementación de programas. Los procesos participativos serían generadores de prácticas socio-médicas desplazando la reproducción de la violencia de las interacciones sociales, dando nuevas formas institucionales.

II. Abstract

We contribute with some conditioning factors that may influence the institutionalization of community involvement in health (PCS) that were analyzed through a case study in a health program, known as *AMBA Network*. This program was implemented in the 2018-2019 period, in the Buenos Aires Metropolitan Area. PCS is considered a process of acquisition of citizen power to protect, take care of and remedy livelihoods displacing social violence. (Oakley & Health Organization, 1990); (Fassin, 2004). Power and knowledge asymmetry, as well as imbalance in social determinants in an increasingly globalized world and with rising social inequality pose a challenge for a real state governance that provides equality of rights. (Herrero et al., n.d.). Even when PCS is enunciated in most sanitary policies, its poor implementation can be observed when it comes to the analysis of concrete practices of health programmes (Menéndez, 1998). The tension of forces operating in the system (Samaja, 2004b) is described through scene methodology (Goffman et al., 1981) and the way in which they may constitute the three levels of the relational system where PCS would occur (action, context and metacontext) (Keeney & Wolfson, 1987). Within the framework of the historical-political flow analyzed from the return to democracy in Argentina, the outcome of the tension of forces seems to have conditioned the construction of a systemic structural dimension for PCS to take place in AMBA, according to the very public officials that implemented previous programmes. The expression of equal rights forces in the actors representing the training scenes that were carried out by the programme appears to influence the conditioning of the construction of the relational dimension of the system. The categories associated with these dimensions are nourished by the properties and attributes of a horizontal power, by disruptive actions on the part of public officials and by conflict within the instituted framework in the places where the *AMBA Network* was implemented. It is concluded that the interactions where the involvement of individuals finds itself constrained by preservation in the face of vertical power violence or by cynical behaviour,

far from the role-ideal, seemingly do not express equality forces since dialogue between the skills and knowledge of the actors is not enabled and, therefore, the system does not get to achieve a dynamic, adaptive state. This dissertation intends to contribute that the reproduction of gregarious, archaic and/or global forces in the actions and behaviour of public officials may violate the system by preventing it from reaching its potential and condition the PCS institutionalization process negatively in terms of the expression of forces of rights.

III. Resúmen en portugués

O tema que abordamos é a participação cidadã na saúde (PCS) como força de cuidado, enquadrando o problema de pesquisa nas tensões que envolvem o processo de institucionalização dos PCS pelo Estado.

Do material empírico obtido, na justaposição entre os campos de pesquisa e gestão da autora da tese na Rede AMBA de Saúde Pública (a Rede AMBA), das cenas vividas em momentos participativos do cotidiano daquele programa, recuperamos a perspectiva da política segundo as próprias definições e sentidos dos atores e observamos se a ordem social é posta em disputa nas tramas de relacionamento por diferentes ações em busca da igualdade que o programa propôs.

Utilizando a metodologia da cena, coletamos as condições que possibilitam ou dificultam as interações sociais dos agentes responsáveis por construir formas de institucionalizar a participação na saúde como força de igualdade de direitos. A partir da teoria dos sistemas complexos analisamos as forças influentes do sistema geral na matriz de níveis do sistema relacional da Rede AMBA. Com esta abordagem, acreditamos contribuir com novas representações de participação cidadã, baseadas em processos de tomada de palavra da pluralidade e dinâmicas relacionais de reconstrução do outro como potencialidade e não como inimigo. Descrevemos as características da dimensão estrutural e relacional que precisam ser institucionalizadas na micropolítica para que o PCS ocorra como um direito de igualdade. Finalmente concluímos sobre os processos participativos como facilitadores

da emergência de subjetividades; subjetividades que na dança, acreditamos, irão deslocar a reprodução exercida por todos nós no cotidiano, da violência sistêmica ou simbólica.

III. Palabras clave

Participación ciudadana en salud, salud pública, implementación de políticas sanitarias, teoría de sistemas complejos, poder horizontal, enfoque biocéntrico, cuidado.

IV. Índice

Contenido

Introducción	12
I. Acerca de esta tesis	12
II. La existencia del problema social y la construcción del problema sociológico.....	13
II.a La reapertura de un centro de salud de un municipio de la provincia de Bs As	17
II.b Rituales que acallan la participación	25
II.c La participación ciudadana: Bidimensionalidad de la violencia.....	29
II.d El espacio 'intermedio' de los procesos sociales	35
Capítulo 1. El tema y sus Antecedentes: La Participación en Salud en las Políticas Públicas en el AMBA.....	42
I. Introducción	42
II. Formas de enunciación de la participación en salud y características según los cambios históricos en el contexto socio-político.....	47
II.a La participación social en salud según tipos de APS.....	57
II.b Participación ciudadana en salud	64
II.c Las dificultades para los equipos de salud	67
III. Antecedentes de la participación en salud en políticas públicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) que antecedieron la Red AMBA.....	71
III.a A partir del retorno de la democracia en 1983 hasta los 90.	72
III.b En los 90: Programas formulados en la etapa neoliberal	76
III.c Posterior al 2001 hasta la actualidad: Programas formulados en la etapa posneoliberal.	83
IV. La participación ciudadana en salud en tanto fuerza de cuidado: “nada de nosotros sin nosotros”	90
V. Participación y Poder	97
VI. Procesos participativos para horizontalizar el poder	102
VII. A modo de cierre del capítulo.....	105
Capítulo 2. Interpelaciones metodológicas: la participación en las interacciones sociales como reproducción de las fuerzas que preceden la forma.....	114
I. Introducción	114

II. Metodología de análisis de los procesos participativos	116
II.a El Diseño: Estudio de caso	116
II.b El proceso participativo como unidad de análisis	117
II.c La escena como herramienta de recolección de datos.....	121
II.d Los tres niveles de recursión de la matriz de datos.....	126
III. Análisis de datos constructor de teoría	129
III.a Fuentes de datos.....	130
III.b Procesamiento de datos.....	131
III.c Teoría fundamentada en datos	131
IV. Rol epistemológico-metodológico de los valores de la investigadora	132
V. El caso: la Red Pública de Salud AMBA durante el 2018-2019	135
V.a De cómo la <i>Red AMBA</i> se proponía institucionalizar la planificación ciudadana de su salud.....	151
V.b Microinstitucionalización de la Participación Ciudadana en Salud	159
V.c Andamiaje relacional de la <i>Red AMBA</i>	163
V.d La <i>Red AMBA</i> como vehículo de expresión de algunas de las propiedades de un sistema complejo	174
VI. A modo de cierre del capítulo	177
<i>Capítulo 3. Interpelaciones epistemológicas: el análisis de la participación en salud desde la perspectiva de los sistemas complejos.....</i>	182
I.Introducción.....	182
II. Dimensiones teóricas para el análisis de la forma de participar de los actores durante la Red AMBA.....	189
II.a Aportes teóricos de Erving Goffman para las dimensiones analíticas.....	190
II.b Aportes teóricos de Bradford P. Keeney para las dimensiones analíticas....	192
II.c Aportes teóricos de Juan Samaja para las dimensiones analíticas	194
II.d De samaja a los sistemas complejos.....	197
III. Sistemas complejos: el nivel global y las políticas públicas de la vida.	198
III.a Las propiedades de un sistema complejo	201
III.b La salud y su enfoque sistémico en la hipótesis de la tesis	203
III.c El enfoque de sistemas complejos en las ciencias sociales.....	205
IV. Concepción epistemológica sistémica de la participación ciudadana en el caso de estudio	208
IV.a El análisis de la temporalidad.....	209
IV.b La noción de complementariedad	210
IV.c La presencia de retroalimentación	211
V. El poder, condicionante de la participación, como punto de criticidad del sistema: ruptura o fractalización	212
VI. A modo de cierre del capítulo	216

Capítulo 4. Condicionantes de la dimensión estructural de la participación ciudadana en salud: Historicidad del proceso de su institucionalización.....220

Introducción220

I. Descripción general de las escenas - La acción simple.....225

I.a Contexto de la escena 225

I.b Escenografías y funciones 226

I.d Reglas de interacción en las escenas..... 231

II. Dimensión Estructural del Sistema para la Participación Ciudadana en Salud.232

II.a Atributos necesarios para la participación ciudadana en salud 233

III. Análisis del marco de las experiencias de los actores para la comprensión del contexto: Tensión global-local248

III.a Similitudes de las estrategias de penetración cultural de los condicionantes globales 249

III.b Poder en las arenas del saber: La reacción de las universidades latinoamericanas 251

III.c Devenir de un “producto latinoamericano” 256

III.d Noción de ser como proceso de reproducción de las fuerzas de mercado . 257

IV. Análisis coreográfico y metacontexto: Roles del equipo de salud, las fuerzas que reproducen y tipos de participación que habilitan dichos roles.259

IV.a Roles, procesos y estructuras del encuadramiento para una gesta participativa 260

IV.b Tipos de relación que se reproducen bajo fuerzas de mercado 265

V. Obstáculos a la participación ciudadana en salud267

VI. Discusiones finales.....271

Capítulo 5: Condicionantes de la dimensión relacional de la participación ciudadana en salud: disrupciones al poder vertical 279

I. Introducción279

II. Actuaciones: Acciones y conductas que facilitan o inhiben la participación: La interacción como “campo de batalla”.283

II.a El ritual de escenificación de la disputa en la definición del rol promotor y el lugar de la participación..... 284

II.b Encuadres en conflicto: Modelo Médico Hegemónico - Modelo Salutogénico Comunitario 302

II.c Integración cognitiva de encuadres en conflicto 309

III. Contexto314

III.a Expresión de las fuerzas de derecho en un poder horizontal 314

III.b La construcción del Middle Out..... 323

IV. Metacontexto.....326

IV.a Expresión de las fuerzas gregarias en un poder vertical..... 326

VI. Discusiones finales.....	332
<i>Conclusiones de la tesis: Prescripciones socio-médicas como camino para subsanar los lazos sociales.....</i>	<i>340</i>
I. Sobre el aporte de una mirada sistémica	340
II. Condicionantes en la dimensión estructural de la PCS.....	344
III. Condicionantes en la dimensión relacional de la PCS.....	348
IV. Aporte al campo de implementación de políticas sanitarias: dispositivos del middle out.....	363
Ideas que abren: Condicionantes de la dimensión simbólica de la PCS	369
<i>Referencias Bibliográficas</i>	<i>372</i>
<i>Anexo.....</i>	<i>402</i>
<i>Dedicación.....</i>	<i>404</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>405</i>

Introducción

I. Acerca de esta tesis

El tema abordado es la participación ciudadana en salud (PCS) en tanto fuerza de cuidado. Enmarcamos el problema de investigación en las tensiones en torno al proceso de institucionalización de una *participación generativa* por parte del Estado.

Se recuperó la perspectiva de la política según las propias definiciones y sentidos de los actores a partir del material empírico obtenido en la yuxtaposición entre los campos de investigación y gestión de la autora de la tesis en la “la Red Pública de Salud AMBA (la *Red AMBA*) así como en las escenas vividas en momentos participativos de la vida cotidiana de ese programa. Asimismo, se prestó particular atención a si, en las tramas de relaciones, el orden social fue cuestionado por distintas acciones de búsqueda de la igualdad que se proponía el programa.

Recabamos con metodología de escenas, los condicionantes que habilitan o dificultan las interacciones sociales de los funcionarios responsables de construir las maneras de institucionalizar la participación en salud como fuerza de igualdad de derechos. Desde la teoría de sistemas complejos analizamos las fuerzas influyentes desde el sistema general en la matriz de niveles del sistema relacional de la *Red AMBA*. Con este enfoque, aportamos nuevas representaciones de la participación ciudadana, basadas en el poder horizontal, de cuidado sistémico y de dinámicas relacionales interdependientes en la pluralidad. Describimos las características de la dimensión estructural y de la relacional que se requieren institucionalizar para que tenga lugar una participación generativa en tanto expresión de fuerzas sistémicas de igualdad. Finalmente concluimos sobre los procesos participativos para implementar políticas de la vida, facilitar la emergencia de *personas salutogenistas* y de instituciones con *tecnologías transicionales* que generen los cambios estructurales institucionales hacia formas democráticas que desplacen la violencia sistémica instituida por fuerzas gregarias y globales. Creemos aportar conocimientos y visiones

historizadas, intersubjetivas y “sentipensantes” como puentes para que la concepción positivista de investigación dominante en la gestión de la salud pública se acerque al enfoque biocéntrico de construcción de saberes.

II. La existencia del problema social y la construcción del problema sociológico

*I*ntroducimos esta tesis utilizando un recurso narrativo, *in extrema res* (expresión latina que significa “en el extremo del asunto”) (Chávez Díaz, 2019), que consiste en empezar compartiendo el registro y análisis de la escena elegida como 'final' de la historia del proceso de institucionalización de la participación ciudadana en una política pública de salud. De esta manera pretendemos mostrar adonde se ha llegado, tras la peripecia vivida en el proceso de intentar institucionalizar la PCS, y a partir de allí reconstruir el problema sociológico en torno a la participación ciudadana que abordamos en la tesis.

La problemática sobre la participación ciudadana que consideramos aquí, es la resultante de un entrecruzamiento de tensiones entre qué tipo de vida se defiende hoy en día —la cuestión política respecto de “quién debe vivir y cómo” (Fassin, 2004)—, lo que toda persona considera que necesita para el cuidado de su salud —basadas principalmente en las representaciones acerca de sus propios derechos y de la manera que encuentran para ejercerlos quienes diseñan, gestionan o brindan un servicio de salud (Comes & Stolkiner, 2005)— y finalmente respecto a las formas de ejercer el poder en una sociedad, lo que se expresa en las relaciones sociales (C. L. Perlo & Romorini, 2011).

Este entrecruzamiento construye desafíos propios en el campo del cuidado de la salud del conjunto¹. Estos desafíos se expresan en los modos en que las políticas de salud habilitan la participación ciudadana, es decir, en las

¹ Se utiliza el término “Salud del conjunto” de manera sistémica (más allá de lo que tiene vida, pero que hace a la vida), no lo encontramos definido en las ciencias sociales y nos permite evitar utilizar “salud comunitaria”, “salud integral” o “salud plantería”, términos que hoy poseen posicionamientos ideológicos válidos con los cuales no estamos en condiciones epistémicas para entrar en diálogo.

formas en que los ciudadanos son o no partícipes de los retos de su propia salud, la de su familia, la de su comunidad, incluso la de su nación, región y hasta de la planetaria. De esta manera, esas tres tensiones que definimos de la problemática requieren ser abordadas en la construcción de las acciones que llevan a cabo las políticas públicas de cuidado (tanto regionales, nacionales e internacionales) y requieren una aproximación compleja, multinivel, expresada en palabras de Ayres (2018) de la siguiente manera:

“Cuando se busca [...] una aproximación no tecnocrática a las cuestiones de diagnósticos e intervención en salud a escala colectiva, cuando se busca democratizar radicalmente la planificación y la gestión de las instituciones de salud y sus actividades, cuando se busca, en fin, una respuesta social a los diversos retos de la salud, no se puede prescindir del diálogo con los sujetos “de carne y hueso” que constituyen esos colectivos.” (Paiva et al., 2018b, p. 137)

Esa necesidad epocal de construir un diálogo comunidad-Estado enmarca por qué el tema que nos interpela es comprender los condicionantes de la PCS en tanto fuerza de cuidado. En consecuencia, abordamos este tema intentando aportar en cómo se estarían o no dando los cambios en el tránsito que Savater (2017) enuncia “Del paradigma del gobierno al paradigma del habitar: por un cambio de cultura política” (Fernández-Savater, 2017, 2020)

Para contextualizar la escena que elegimos como *final*, comentamos brevemente que la *Red AMBA* se llevó a cabo, con distinta temporalidad, en 24 jurisdicciones del área metropolitana de Buenos Aires durante el 2018-2019. En cada jurisdicción se implementaban, mediante un proceso de facilitación, cuatro componentes para fortalecer el primer nivel de atención de salud: incluir profesionales de salud, mejorar la infraestructura, dotar de sistemas de información y capacitar en herramientas de gestión participativa basada en problemas para así abordar los temas de salud de la comunidad asistida por cada centro de salud. Una vez concluida la etapa de infraestructura se impulsaba y se brindaba soporte financiero para realizar la

reapertura, con planificación de la comunidad, de cada centro de salud finalizado.

Introducimos, entonces, la tesis con la escena de “una reapertura de un centro de salud de un municipio² de la provincia de Buenos Aires”. La escena se describe a partir del registro de campo “extendido”, es decir, de incluir también las notas de la reflexión colectiva realizada junto al equipo de implementación a partir de la lectura del registro de campo.

Esta escena fue elegida porque permite introducir la problematización de las tensiones sobre la participación ciudadana que enunciarnos para esta tesis. De esta manera pretendemos en las tres partes de la introducción dar cuenta de la construcción del problema sociológico para su abordaje en la tesis.

En una primera parte de la introducción, “*Rituales que acallan la participación*”, damos cuenta de las tensiones respecto a qué tipo de vida se defiende hoy en día, siguiendo a Fassin (2004). Describimos la cara política de la violencia, —violencia que se constituye en una barrera estructural y que será transversal al resto de las dimensiones que abordamos en los diferentes capítulos de la tesis. La escena muestra que la forma instituida para llevar a cabo un acto público de reapertura de un centro de salud dificulta e invisibiliza la participación “no reglada” de los actores³. Asimismo, también evidencia que las formas de participar en ese acto público vienen siendo construidas por fuerzas emergentes de las relaciones sociales como producto de prácticas objetivantes de la violencia. En definiciones de Galtung (1969): “*la violencia está presente cuando los seres humanos están influidos de tal forma, que sus logros somáticos y mentales reales están por debajo de sus logros potenciales*” (Galtung, 1969)

² División territorial administrativa en que se organiza la provincia de Buenos Aires, también se utiliza “partido” como sinónimo de municipio.

³ Pierre Bourdieu utiliza el concepto de agentes, mientras Mario Testa y Carlos Matus usan el de actores en un campo de fuerzas. Cada uno de ellos fundamenta su opción y argumenta sus reparos para utilizar el otro concepto. Haré un uso de actores en el sentido actoral de las escenas, es decir incluyendo sus subjetividades y particularidad de vivir el presente representado en esa escena, ya que además del sentido propuesto por estos tres autores que hacen referencia a la participación en un campo, la subjetividad del actor introduce, a mi juicio, el dinamismo que analiza la teoría sistémica en un sistema en devenir.

Es decir, cuando las condiciones ponen un techo a lo que es posible lograr, siendo el poder vertical una de esos obstáculos a la creatividad, sin entrar en detalles sobre la topología de la violencia y su relación de proximidad con el poder (B. C. Han, 2016).

En una segunda parte de la introducción, “*La participación ciudadana: Bidimensionalidad de la violencia*”, damos cuenta de cómo las tensiones respecto a la representaciones de qué necesita una persona de manera oportuna en el cuidado de su salud, basadas principalmente en las representaciones acerca de sus propios derechos y de la manera que encuentra para ejercerlos de quienes diseñan, gestionan o brindan un servicio de salud (Comes & Stolkiner, 2005) se tensan en un nuevo binomio participación/violencia. En este nuevo binomio, las maneras dadas y las representaciones rígidas hegemónicas (y por lo tanto violentas y opresivas) de lo que se considera necesario para el cuidado de la propia salud (individual y de conjunto) entran en diálogo o acallan a otras cosmovisiones de la salud. Para esto es necesario introducir también en este apartado el marco teórico que utilizamos para abordar el problema de investigación. La teoría general de sistemas complejos nos permite explicar de qué manera la participación sería la contracara de la violencia, en tanto esta última rigidiza el sistema y la primera lo abre a ideas nuevas aunque a riesgo de una participación desordenada de intereses individuales que disipe el sistema. Este riesgo será desarrollado específicamente en el capítulo 3.

Finalmente en la tercera parte de la introducción, “*El espacio 'intermedio' entre los procesos sociales*”, damos cuenta de las tensiones respecto a las formas de ejercer el poder en una sociedad que se expresan en las relaciones sociales (C. Perlo et al., 2006). Recuperamos a partir de las notas de campo del encuentro reflexivo realizado por parte del equipo que llevó a cabo la formulación inicial y la implementación de la política pública, el concepto de las políticas públicas como facilitadoras del equilibrio y evolución de los sistemas complejos en un devenir sustentable. Consideramos que poner en danza lo instituido y lo instituyente, generar movimiento entre la rigidez estructural y la participación individual oportunista es intervenir en el

binomio violencia/participación. En palabras de los propios actores de esta tesis, se menciona como “*la construcción del middle out*”, al proceso participativo donde las fuerzas del sistema construyen un poder de cooperación autopoietico (que veremos luego), mediante la facilitación intencionada e institucionalizada de la pluralidad de voces de la participación ciudadana por parte del Estado. Los antecedentes sobre estos procesos participativos se comentan en el capítulo 1.

II.a La reapertura de un centro de salud de un municipio de la provincia de Bs As

Las reaperturas de los centros de salud por el programa AMBA acontecían varios meses después de la firma del convenio de adhesión al programa por parte del municipio una vez finalizada la obra edilicia y de la inclusión de los profesionales de salud para construir los equipos de salud en el primer nivel de atención. En esos meses, el equipo de facilitadores (“*les facimples*” categoría nativa, en referencia a cómo se llamaban quienes integraban el equipo que acompañaban la microgestión de la *Red AMBA*), mediaba las reuniones de equipo del centro de salud y los acompañaba o capacitaba con metodologías del modelo de gestión y atención de la atención primaria de la salud⁴ (MoGyA) centrado en la PCS. Las inauguraciones de los centros de salud se consideraban en la *Red AMBA* un hito medible en el proceso de fortalecer las “Redes en Salud” (Panamericana de la, 2010) empezando por construir “enlaces” entre el sistema de salud y la comunidad. En este caso, mediante un dispositivo habilitante de un proceso participativo: la reapertura o inauguración de un centro.

Las dificultades de ese proceso se evidencian en los “*memes*”⁵ realizados por el “equipo de facimples”, que circulaban todas las semanas en las redes sociales del equipo. Algunos fueron presentados en una cartelera en la reunión general de equipo de octubre de 2019 (ver capítulo 2), como

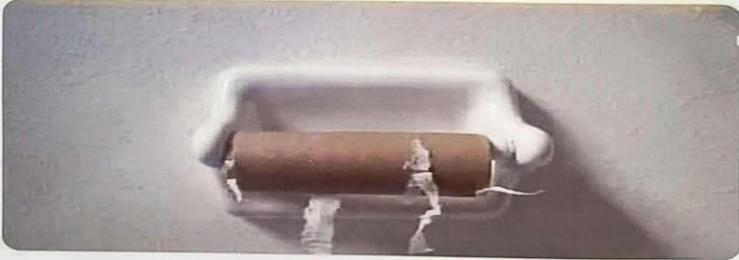
⁴ El modelo de gestión se describe en el capítulo 2.

⁵ Imagen, video o texto, por lo general distorsionado con fines caricaturescos, que se difunde principalmente a través de internet

expresión anímica de las dificultades de ese proceso.

¿Cómo viene el tema de las reinauguraciones?

Consejo del día:
Antes de iniciar un proyecto,
compruebe si dispone de recursos



ES

El ES: No creo que vengan les facimples con esta lluvia.

Les facimples:



Los recursos para las inauguraciones estaban disponibles en el presupuesto de la Red AMBA, así como los mecanismos y las vías de facilitación para hacerlo efectivo; en el capítulo 2 se describen las barreras, burocráticas y otras, que dificultaban la ejecución del presupuesto. Para darle marco a las imágenes, desde la perspectiva del equipo de facilitadores e

implementadores de la *Red AMBA*, recuperamos de una de las encuestas realizada al equipo a mediados del 2019, las siguientes narrativas: 1) para el primer meme:

“Considero que desde el contexto municipal la comunicación y los recursos que ellos tienen con los equipos de salud debería ser más clara, ya que la falta de motivación que ellos [en relación a los equipos de salud] tienen hacen que el trabajo nuestro sea más complejo”. (Facimpe de la *Red AMBA*)

Y para la motivación del equipo que la segunda imagen evoca, compartimos este texto libre de la encuesta:

“Al inicio sentí mucho malestar producto de otras experiencias de trabajo en el Estado, pero aquí, más allá del cansancio por el viaje y la intensidad del trabajo me siento parte y valorada, que atienden a mis necesidades y que se prioriza la persona y la calidad del trabajo, lo cual me motiva a seguir participando activamente. No me gustaría que ese espíritu se apague.” (Facimpe de la *Red AMBA*)

La escena elegida se propone también, en clave de metáfora integradora, como un lugar común, para entramar luego y de manera retroactiva en el tiempo, diferentes momentos participativos previos que se retoman en los capítulos de la tesis vinculados a esa escena. A continuación compartimos el registro de campo de la escena en primera persona, en el rol de coordinadora transversal de la implementación de la *Red AMBA* que desempeñó la autora de la tesis.

Registro de reapertura del Centro de Salud H, del municipio L del G2. Día 15/11/2019 - A casi un mes previo al cambio de gobierno nacional y provincial y a cuatro años del inicio de la planificación de la Red Pública de Salud AMBA.

“Estoy en el curso de capacitación de promotores de salud de Zona Norte, en Villate al 4000 en Vicente López, desde las 8 am, organizando las próximas clases con G (coordinador de la capacitación por parte de la Fundación Garrahan). Van llegando las y los promotores de salud, les pregunto “-¿cómo va todo?” para escuchar lo que quieran compartir. Muestran fotos de las actividades que hicieron por la semana de la diabetes,

una foto muestra una mesa llena de fruta y comida saludable, comentan que la pagaron entre todas porque el municipio no les dio el dinero y preguntan por el dinero para las actividades comunitarias que aporta AMBA. [Calmo un diálogo interno enojoso que me aparece contra la burocracia infranqueable] y contesto que “-me llevo el emergente para insistir en armar el circuito logístico para que el dinero que está asignado a las actividades comunitarias, les llegue”. [Estoy cansada, es viernes, y cada vez con más dudas de asistir a las 10 AM a la reapertura del centro de salud en un municipio del conurbano bonaerense intervenido por la Red AMBA].

Le envío un mensaje a L, la directora del centro, preguntándole si está confirmada la apertura y recibo su contestación [muy amorosa] “.-..no dejes de venir, va a ser una alegría que vengas, es muy importante todo lo que se viene haciendo”. [Es una zona que no me gusta ir con el auto, pero L me confirma que tengo un lugar dentro del predio del CAPS⁶ para estacionar. El waze marca que estoy a solo 25 min].

C, el coordinador de AMBA en el municipio, me comenta que él no va, y argumenta “-tengo que dar una clase” [interpreto que no quiere salir en la foto con alguien de 'Cambiemos' cuando a nivel nacional y provincial ganó su partido. A mi me interesa saber si esa apertura del centro fue apropiada de alguna manera por la comunidad o si será sólo un acto político]. Hubo varios encuentros previos de vecinos y se compartió la invitación a una planificación participativa de la reapertura así que hoy se supone que “la comunidad sea el centro”.

En la capacitación a promotoras y promotores, M está dando una charla muy amena de derechos y adolescencia, con muchos casos y ejemplos que al parecer por la atención que prestan las promotoras, resultan muy útiles; luego siguen las actividades prácticas de Pia, Zule y Mariela. [Esas actividades son muy innovadoras y no me gusta perdermelas, además intuyo que lo que voy a encontrar en la reapertura me va pinchar mi “globo idealista” y ese sentir hace que me cueste aún más dejar la capacitación de las promotoras de salud. Me prometo que la próxima vez me doy ese espacio de disfrute de la actividad y me despido].

Llegó al centro de salud⁷, hace mucho calor, hay basura en la entrada al playón, mucha, los contenedores están rebasados, penetra el olor y la vista

⁶ Caps: Centro de Atención Primaria de Salud

⁷ El barrio donde se ubica el centro es un complejo habitacional que se encuentra en el Gran Buenos Aires, Argentina. De proyecciones censales, en 26 hectáreas donde funcionan almacenes en los pisos altos, a veces se levantan paredes en los palieres de

se tapa con los monoblocks que rodean la plaza. Debo esquivar una pila de bolsas para entrar el auto al predio que está enfrente del Caps.

L está colgando unas guirnaldas, tiene puesta una vincha de carnaval carioca, la veo estirada, de espalda poniendo una cinta al hilo de la guirnalda para pegarlo en la pared, [me evoca una parte de la entrevista que le hice hace unos días para la tesis “-cuando ustedes vinieron (x AMBA) yo estaba atornillando chapas en el techo”] La vincha le suma visibilidad, [claro! Ella quiere ser vista], tiene un cuerpo grande y llamativo, un rubio muy fuerte y unos ojos celestes que la vuelven aún más llamativa. Me recibe con un abrazo de oso, y sigue en su tarea a la cual le ofrezco ayuda que [obvio] no necesita.

También están M (Dir de APS) y P (Secretaria de Salud) además de personas de prensa, ceremonial y promotores que nos conocemos de las reuniones con vecinos. Está también el odontólogo (FG) quién se me acerca y me comenta que sabe quién soy, “-la de AMBA que sabe mucho”, [me sorprende y me incomoda] y luego agrega que L le contó que estoy estudiando un postgrado y que la entrevisté. Me relata su trayectoria y también hace alarde de conocer muy bien “-como funciona ésto”. Comenta que en el municipio no hay coordinador odontológico y que él estuvo preguntando qué van a hacer. También comenta que fue él quien tuvo que conectar el sillón odontológico a las cañerías necesarias, (AMBA aún no terminó de instalarlo para la reinauguración del centro), caminamos por los pasillos y me lleva a ver el consultorio odontológico [me impacta la blancura de todo], a esa altura de la recorrida se suma L en silencio a la recorrida y acompasa escuchando el relato [autorreferencial] de FG.

Luego veo que entra una mujer de 1,55 pelo corto, de 70 años, ágil y enérgica y con voz fuerte increpante, le dice al de seguridad, “-vengo a ver si el baño tiene puerta” y arremete para el fondo del pasillo. Cuando vuelve, le pregunto si tenía puerta, me dice que sí y le pregunto por qué quería saber eso y me comenta “-el baño de la sala estuvo años sin puerta porque estando la vigilancia (lo dice mirando al personal de vigilancia) vino uno y se la sacó delante de la nariz del vigilante que no hizo nada”. Le hago un “si” con mi cabeza y la miro invitándola a seguir hablando, lo que fue de inmediato el relato de su vida: ...de venir de Formosa de niña y seguir

entrada y hasta los pasillos llevan reja, hay 8000 viviendas habitadas por alrededor de 60.000 personas. El barrio surgió a fines del gobierno de facto de la Revolución Argentina, como parte del Plan de Erradicación de Villas de Emergencia (PEVE) comenzado en 1968, con el propósito de reubicar a los habitantes de la Villa 31 de Retiro.

extrañando el río, los árboles, que nunca se sintió de acá pero su papá fue siempre de 'ir por más' así que acá se vinieron. Siempre estuvo en la salita, porque su hija tenía anemia y se curó y quiere mucho a la salita. [Por un momento fantaseo que es de la comunidad y que viene por ese afecto que le tiene a la salita y romantizo que las mesas participativas sí funcionaron]. De pronto baja la mirada, tiene el celular en la mano, y le empiezan a llegar varios mensajes que hacen un ruido seco al entrar. Me dice ahora va a venir 'el jefe' [entiendo que 'el jefe' es el intendente, me pincho el globo de mi idealismo participativo y puedo deducir que es puntera]. Le pregunto que hace en el barrio, y me cuenta que ella es “-del ministerio...” [me quedo pensando de cuál ministerio será, descarto el de salud], y rápidamente me dice “-del ministerio Presencia de Dios”. [Entiendo que es evangelista, y recuerdo que se comentaba que 'Cambiemos' logró corte de boleta en ese municipio y que los evangelistas estuvieron con Vidal en varios actos, me pregunto si habrán tenido algo que ver para que ganen las elecciones en este municipio]. La señora bajita de pelo corto vuelve a hablar “-M soy, seguirme en Facebook, estoy sentada en la foto tomando mate con los pastores de acá”, me dice los nombres y trato de retenerlos, por eso los repito en voz alta y ella cree que yo los conozco y me dice “-claro son esos, los del libro *Gente Tóxica*”. [Luego en mi casa googleo un poco y encuentro un trabajo de Leandro Rocca del 2013, '*Identidades desdobladas: Bernardo Stamateas como productor de bienes simbólicos*', es una ponencia que hace referencia a las transformaciones de ese pastor evangelista y psicólogo; entiendo que en esa transformación devino también en actor político y que la negociación de su potencial político con 'Cambiemos' se expresaba en la inauguración del Caps 11]. Los actores sociales del barrio que encuentro en esa reapertura están participando con un entramado atrás más grande y al menos M parece no necesitar que AMBA le facilite la voz a través de la participación en lo que ella cree que necesita su comunidad o sus intereses]. Finalmente me pregunta quién soy, respondo brevemente que soy la coordinadora transversal de AMBA, veo que abre sus ojos y me pide que nos saquemos una selfies, a lo que accedo [veo que saber quién era yo y qué hacía ahí era de su interés, que logró su cometido de ubicarme, y hasta “ficharme” con foto, en su tablero de juego del poder].

Nos piden ir afuera para el corte de cinta. Un hombre mayor muy simpático empieza a tocar el bandoneón, empieza como probando el sonido y dando aviso de que “se está armando la cosa”. Aparece un perro, negro chiquito, al que la señora de seguridad quiere sacar, L le dice “-dejálo que es del señor (por el músico)”. Yo miro al músico y agrego “-si dejalo, así esto es como decía Floreal Ferrara: que una reunión era de la comunidad si en la sala

también estaban los perros". El hombre del bandoneón me sonrío, [entiendo que es por mi consideración a su perro] y me pregunta quién era ese Floreal, le digo "*-un ministro de salud de hace unos cuantos años*". Me escucha PA, mujer de unos 50 años, de ojos celestes y me dice orgullosa, en voz baja "*-yo soy ATAMDOS, estoy en la sala desde mis 18 años, de administrativa y luego agrega (refiriéndose a AMBA) esto es como aquella época*". [Me sorprende el "yo soy ATAMDOS" me queda resonando si escuché bien, no dijo yo estuve en Atamdos o participé en Atamdos. Su subjetividad fue marcada por ATAMDOS]. Cruzamos las miradas pero tenemos que estar en silencio, el clima se pone más solemne por lo que no puedo hablar con PA, [siento una complicidad que luego retomaremos].

Empieza la música del bandoneón [es hermosa, siento que logra aunar la diversidad de los actores que estamos ahí]. Veo que siguen cayendo otras personas, se mueven como en su casa, se ubican más adelante como para que los vean, [me imagino que son punteros y que alguien les toma lista visual] a un costado hay un grupo de vecinas del barrio, las reconozco de los encuentros, un par me sonrío y veo que les faltan las piezas dentales [pienso en que ojalá sirva el sillón odontológico que puso AMBA]. Están más alejadas, abajo de la sombra de un eucalipto enorme, el calor también es cada vez más agobiante y el olor a basura recrudece. [Supongo que esas mujeres son más libres que los punteros porque tienen autonomía para estar más alejadas debajo de la sombra. Observo el árbol, es realmente enorme y hermoso, veo que tiene un par de vallas alrededor de su tronco, me alegro que está siendo cuidado en medio de elementos de construcción del playón].

Aparece B, es de jefatura de gabinete, lo conozco de las reuniones de la mesogestión en el municipio, es flaco, alto, viste camisa blanca y pantalones chupines de vestir con zapatos en punta. Se pone a mi lado y me felicita porque el coordinador general de AMBA, Fernán Quirós, va de ministro de salud de CABA y me pregunta cómo sigue ahora AMBA, le comento que ayer hubo una reunión prometedora de HRL y AK para que sea una política transpartidaria, a lo cual asiente con movimientos rápidos, repetidos y cortos de cabeza [con su gesto me da a entender que él ya sabía de esa reunión y que conoce detalles]. Sus ojos son vidriosos, [diría adrenérgicos en un diagnóstico médico, me incomoda su estado de alerta en ese espacio, me dificulta sentir el bandoneón], escucho que dice algo de valorar "*el animal político de HRL*", no puedo evitar preguntarle ¿por qué animal?, me dice que es en el buen sentido. Luego hablamos de la continuidad del AMBA, yo noto que se me empieza a ir la voz, [me suele pasar cuando la incomodidad de mi personaje deja filtrar mis emociones], le digo "*-qué calor hace, voy al auto a dejar el saco*", para luego volver a mezclarme en otro lugar de la

multitud del acto de unas 40 personas.

El discurso del intendente es formal [un clásico discurso político], valora y reconoce a todos los que están ahí, los va nombrando y se hacen pausas [donde todos tenemos aprendido que ese es el momento donde debemos aplaudir, ni antes ni después]. Luego agradece a AMBA por la financiación para el municipio, con su gesto parece buscar entre las caras del público, me doy cuenta que no ve a nadie conocido y me veo en situación de levantar un poquito la mano con una sonrisa. Algunos celulares me enfocan [siento que pongo cara de feliz cumpleaños] y soy receptora de los tibios aplausos para AMBA. Veo que L, nuevamente está a mi lado, [no sé cómo hace esa mujer que está en todos lados], me comenta “-ellos (en referencia al intendente y su equipo) *a este barrio no entraban, las primeras veces me preguntaban si estaba segura la zona antes de venir, y ahora entran como si fuera su territorio*”.

También me pongo a sacar fotos y videos, [muy bien no sé qué hacer]. P se acerca, y también agradece la presencia de AMBA, está con unos tacos muy altos, [me recuerda un posteo de Instagram sobre los cánones de vestimenta de la mujer del patriarcado y me pregunto si se está vistiendo como ella quiere]. Le sonrío y le pregunto cuántos centros faltan inaugurar, [busco tener tema y que hable ella], comenta muy contenta que quedan dos para fin de mes, que está “*chocha y en su salsa*”, pero también me comenta que está preocupada esperando saber cómo seguimos (la PBA cambia de partido político el 20 de diciembre y hay gran incertidumbre). Explícitamente comenta la inquietud por el futuro de los desembolsos de AMBA y si 'Todos' va a respetar los acuerdos.

Luego del discurso, V corta la cinta y nos invita a recorrer el centro. Mientras estamos viendo los consultorios, me mira y haciendo referencia a AMBA le dice al equipo del centro de salud, “-*ahora que se van, van a tener que trabajar mucho para sostener el apoyo*”. [me pregunto si les estará avisando que él no va a poder lograr el apoyo político con la PBA]. Alguien dice “-*pero no se van, falta mucho, hoy pusieron internet y nos empiezan a capacitar en cómo usar la historia clínica electrónica*”, y se escuchan risas en el aire.

Luego, se desordena la recorrida y me escabullo para buscar a PA. Me cuenta su historia en ATAMDOS, que ella era muy jovencita cuando empezó pero que recuerda que fue muy lindo, se entristece y dice que fue muy corto el tiempo que duró y que los gobiernos que fueron pasando ninguno fue como ese, que vió muchas cosas: desde cuando empezaron los

“niños del poxi-ran” a los que te quieren prender fuego porque no les gusta tu cara, que se bañan acá adelante (y hace seña al playón, donde está el eucalipto, su cómplice silencioso), que ella si bien es administrativa sabe tratar esas urgencias porque lo fue aprendiendo de tantas que hay, que el barrio la conoce y la respeta. Que podría contar un libro. En eso L hace otra “aparición”, esta vez convida con mate, 'el jefe' demora en irse, observo que como directora del centro no lo acompaña entre el séquito que lo rodea durante la recorrida por los distintos lugares del centro, L me extiende un mate y comenta “-él (por V) se metió ahora en el depósito”. Acepto el mate avisando que es el único porque ya me tengo que ir. [en realidad siento que me quiero ir, cómo es que la directora del centro no es quien lo muestra en sus cambios, ni siquiera ella es partícipe en esa reapertura]. Le comento que con lo que me compartió PA tenemos el primer capítulo para un libro. PA dice “-¡qué lindo sería!”, “y ¿por qué no?” le pregunto. [me prometo que alguna vez la voy a entrevistar]. Saludo una vez, miro a mi alrededor, constato que no va a pasar nada más, [no hay fiesta en la comunidad, el centro tiene su dueño], saludo varias veces más y me voy.

II.b Rituales que acallan la participación

Iniciar con el fragmento de una nota de campo del final de la investigación nos permite presentar el análisis de la dimensión que consideraremos transversal a toda la tesis (luego de haber observado a lo largo de los capítulos que subyace y condiciona de manera invisible el proceso de institucionalización de la participación ciudadana): la relación de la participación con el poder y la violencia simbólica.

Si la violencia está presente cuando el potencial, tanto como seres humanos como comunidad, se encuentra limitado y la misma actúa desde las interacciones sociales que la reproducen objetivando al individuo y burocratizando instituciones (Galtung, 1969), la participación, en tanto actúa en el mismo espacio, la desplazaría si se habilitan procesos donde el sujeto, consciente de su rol social, pueda participar subjetivándose en procesos de aprendizaje colectivo en las instituciones (C. L. Perlo & Romorini, 2011).

Fue el propio trabajo de campo, en la yuxtaposición de gestionar e investigar a la vez, que nos permitió abrir la mirada hacia la dimensión política de la participación social —en ocasiones tan intencionalmente excluida— y así fue adquiriendo centralidad a lo hora de reflexionar sobre las “violencias” ocurridas y experimentadas en estos espacios pensados por el programa para “lo participativo”.

Esta escena sirve de anclaje para el recorrido de la tesis y gráfica cómo este acto de reapertura pertenece a los rituales, que los técnicos y políticos reproducimos irreflexivamente, dando lugar a que, sin percatarnos, se filtre la violencia estructural en nuestras actuaciones de roles. La forma de un acto en un centro de salud donde participan actores de diferentes niveles del sistema, está dada y estructurada jerárquicamente y con el orden de voces autorizadas a participar. Es decir, se participa de forma *ordenada* lo que, por ende, para la mayoría de los autores en el tema, que desarrollaremos luego, no es participación. En el caso narrado, el formato de ese acto no pudo ser modificado durante el proceso participativo previo implementado por el programa AMBA, en pos de hacerlo desde y con la comunidad activa.

La escena *final* es un ritual político que ejemplifica cómo la forma de realizar la reapertura del centro de salud (sostenida por el poder dominante de ese municipio), condiciona a los actores presentes en su forma de participar, privándoles de un margen para presentar su propia voz. Era la reapertura de un centro de salud comunitario, luego de reformas en su arquitectura, de la inclusión de personal de salud con mejoras remunerativas significativas y de un acompañamiento de 20 meses por una dupla de facilitadores en las reuniones de equipo sobre el modelo del programa AMBA, se esperaba que la comunidad fuera de algún modo partícipe y protagonista de ese evento de reapertura.

La presencia comunitaria en la escena fue escasa y con pocas vecinas y vecinos de a pie. Fue un acto político típico donde habló *el jefe* y el resto fuimos *aplaudidores*: una demostración del control territorial por parte de un simbolismo (el partido) y no por quienes habitan ese lugar. La escena

permite analizar la violencia ejercida por la política y su reproducción por parte de los actores presentes que, sin poder tensarla, cuestionarla u oponerla, dando lugar al conflicto, la absorben, resisten y callan. En el capítulo 2 describimos cómo estas acciones son resultantes de las fuerzas del contexto.

Con respecto a la actuación que realiza la coordinadora transversal de la Red AMBA en la escena, en tanto técnica representando a AMBA en ese acto, es necesario aclarar que no puso su voz, sino que dijo “algunas palabras” que expresaron un intento de lograr la apropiación del centro por parte de la comunidad. Por un lado, no fue propuesta en las formalidades para asistir en representación de AMBA y si bien desde su autonomía podía solicitar la palabra, aclara que *“no supe hacerlo en ese momento por no encontrar la coherencia de cómo expresarme sin entrar en los estereotipos de la construcción histórica cultural esperada para ese rol, ni para mi género en ámbitos de gestión”*. Por otro lado, L, en su rol de directora del centro, pareció evadir estar a la par en la foto oficial del acto y de ser séquito del mandamás en la recorrida, esa manera fue tal vez su forma de resistir y no “brindar lealtad” a esa fuerza (lealtad al poder es una de las dimensiones recurrentes que analizaremos más adelante). Finalmente, también podemos decir que probablemente la forma que el coordinador de AMBA del municipio encontró de resistir a ser parte de esa reproducción, fue argumentar no poder asistir por cuestiones prioritarias impostergables. Lo que podemos ver de similitud entre las conductas de los tres actores (la coordinadora transversal de AMBA, el coordinador de AMBA en el municipio y la Directora del Centro de Salud) es que no participaron, los motivos de cada uno no fueron entrevistados, lamentablemente, para esta tesis. Sin embargo tal como veremos en el capítulo 2, serían esperables conductas disruptivas a la dominación de la situación que se vive en la escena si la misma se pretende modificar ((Goffman et al., 1981), tal vez la autoinhibición a participar estaría fundamentada en la creencia de la imposibilidad de cambio de ese ritual con la mera participación de un actor.

En este primer intento introductorio de análisis de la cuestión pretendemos mostrar que la invisibilización de estos actores, sería producto de prácticas objetivizantes de la violencia. La bibliografía propone que con un trabajo de reflexividad y de planificación a futuro es posible construir una alerta epistémica para estar atentos a cómo deconstruir la violencia (Rolnik, 2019a) (Domènech & Íñiguez Rueda, n.d.). A modo de adelanto, tal vez una de las formas de debilitar la violencia política sea (cuando se pueda) planificar y hasta protocolizar la forma de circular la voz de los actores sociales diversos en los actos políticos.

Para responder las preguntas planteadas recuperamos los aportes de Simmel (2000), de Moya y Giner (2004), Perlo (2005) y de Holloway (2003) que en diálogo con el material empírico nos permiten abonar la idea de que la tensión que se origina por el conflicto sería una condición necesaria que, mediante el diálogo participativo, terminaría dando cauce a nuevas relaciones sociales (Moya & Giner, 2004) (Simmel & Capdequí, 2000) (C. Perlo et al., 2006) (Holloway, 2003). En este sentido, el conflicto sería indispensable para el devenir social y bajo los diferentes modos de las violencias globales el conflicto pierde su potencial sociogenético (Simmel 2000), concepto que se refuerza con la argumentación de Giner (1999) de que *la vida social es conflictiva en la misma medida que es consensual* y le asigna al conflicto una existencia de valor equivalente al consenso (Giner, 1999). Desde esta perspectiva el conflicto es indispensable para el devenir social pero sin su contraparte -el consenso- ya no genera sociedad, sino que reproduce la violencia que opera sobre él (Haro, 2010).

La inauguración del centro de salud, terminó siendo un dispositivo de la hegemonía del poder, “no construyó sociedad”, a pesar de los intentos durante los meses previos y de la planificación en etapas que se había pensado (en escritorio) que quedó grabada en una de reunión del equipo central de AMBA del inicio del 2019:

“Entonces nosotros vamos por una intervención en 3 etapas, donde cada etapa se definirá municipio por municipio, que son, una 1era de la comunidad festejando la reapertura o la aparición de un nuevo centro, que es una estrategia para vincular al centro y a la comunidad de manera

horizontal, e identificar los activos de la comunidad emergentes, vamos por una 2da etapa que es una planificación sobre un emergente comunitario relativamente conducente desde el sistema de salud al restos de las áreas del municipio y resolverlo en tiempo y forma, o como surja y una 3era etapa que es el presupuesto participativo.”

II.c La participación ciudadana: Bidimensionalidad de la violencia

Muchas de las personas presentes en ese acto no pertenecían a la comunidad local, pero sí a una global, por lo que también constituían partes de un único sistema, con diferente posición en relación a su autonomía e interdependencia en el sistema. Desde estas características sistémicas, es posible categorizar las actuaciones en leales o resistentes al poder que se expresa en todo el sistema. Analizamos cómo se reprodujo este poder en ese espacio y tiempo particular (el 15 de Noviembre del 2019 en el Caps H de un municipio de AMBA). Frente a ese poder, ninguno de los actores introdujo conflicto en ese acto y por el contrario se adhirieron a las normas del contexto. Es decir, quienes diseñan, gestionan o brindan un servicio de salud no encontraron, o pensaron no necesario, expresar un comportamiento en la escena que esté influenciado por representaciones acerca de sus propios derechos (Comes & Stolkiner, 2005).

Según se describe en otros marcos teóricos, la violencia se ejerce de manera estructural, física y simbólica en una multiplicidad de formas –la violencia política, de género, sexual, el racismo, la ecológica y la violencia simbólica en las instituciones, entre otras– configurando un proceso de ruptura del lazo social de la ciudadanía. (Hernández, n.d.)

Esa fuerza se ejerce desde afuera sobre ese acto particular, es decir influye como un determinante político histórica y culturalmente construido. Tal como señalamos, es descrita como violencia global en la bibliografía, pero a los fines sistémicos de esta tesis opera envolviendo ambas polaridades del binomio conceptual conflicto/consenso y anulando la posibilidad de cualquier movimiento para la emergencia de nuevas realidades. Aplicando la teoría general de sistemas (Bertoglio & Johansen, 1982) consideraremos

en esta tesis que la violencia es una fuerza que mantiene rígidos los distintos niveles del sistema impidiendo que surjan propuestas creativas instituyentes de nuevas formas. Esta conceptualización se asemeja a la que postula la psicología social, que sostiene que la violencia cumple un papel reforzador del *status quo* (Rogers et al., 1995). Para esta tesis, la violencia es la fuerza que sostiene la forma más instituida del sistema (Han, 2016) y, añadimos, conforma el extremo topológico más distal del poder constitutivo (Foucault, 1971; B. C. Han, 2016). En síntesis, la escena evidenció que la forma dominante respecto de cómo fue la reapertura del centro respondió a las necesidades e intereses puntuales del poder jerárquico que ejercía un funcionario y con el objetivo concreto de sostenerse en él mismo en una coyuntura determinada.

A lo largo de los meses previos al acto público relatado, durante el proceso de facilitación del modelo de gestión y atención de esta política pública, se construyó un proceso para llegar a invitar a la comunidad a mesas participativas con presupuesto participativo. Fue un intento para que mediante la problematización de temas de salud, se expresara el conflicto y éste pudiera ser analizado por funcionarios estatales en su rol no sólo de facilitadores de la participación sino también de creadores de puentes entre la micro y la mesogestión capaces de lograr consenso y recursos. A juzgar por la dinámica que evidencia esta escena, el proceso previo (sostenido durante 20 meses,⁸) “fue un como si”: no alcanzó para darle lugar al conflicto como motor de cambio, como fuego que aviva conversaciones entre pares, con intereses naturalmente diversos que entran en danza.

Configurar el acto de reapertura como un acto netamente político y relegar a un segundo plano su faceta de festejo de la comunidad, requirió un número de asistentes controlables y afines, de aproximadamente entre 40 a 60 personas, que permitiera fotografiar y difundir la construcción edilicia por

⁸ El municipio H pertenece al Grupo 2 de municipios beneficiarios del Programa AMBA, junto con otros 2 firmaron el convenio el 1/3/2018 y el “inicio en campo” empezó en Mayo del 2018.

parte de la intendencia en redes sociales⁹. Si hubiera sido un acto de reapertura con participación, hubiéramos esperado encontrarnos a diferentes actores sociales (sobre todo a niñas y niños) activos en una peña o de feria de salud. A la mesogestión no le interesó (o no concibió) promover otras formas de participación, tal vez porque no se consideró en la obligación de garantizar el derecho a participar de los asuntos de la comunidad enunciados en documentos rectores (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978).

Las escenas invitan también a que las analicemos con los aportes de Holloway en función del reconocimiento o no de *“la bidimensionalidad de la realidad, que es la presencia antagónica, que da lugar al movimiento, de lo que todavía no es con lo que es, de la no identidad con la identidad”* (Holloway, 2003, p. 11). Desde el concepto de niveles dimensionales de Holloway pretendemos fundamentar que la participación social sería la contracara de la violencia. Es decir, nos proponemos observar en los datos empíricos de esta tesis si encontramos soporte para afirmar que, en tanto haya un espacio para la participación, podría ser posible la evolución de un sistema construido históricamente en base a una fuerza hegemónica que sostiene la desigualdad al jerarquizar los roles. Para esto creemos necesario observar si hay puentes entre las formas de esa historia hegemónica y si existe en el caso de estudio alguna emergencia sistémica que vaya en el sentido de construir salud desde la fuerza asociativa que genera aprendizaje colaborativo y transdisciplinar, aunque este resultado aún este lejos de performance en una forma objetivable.

La tesis según la cual la participación y la violencia configuran una bidimensionalidad se basa en que ambas emergen en el mismo lugar: las interacciones. Tosca Hernandez (2002), propone un enfoque de fuerza o energía en relación a la violencia similar al que proponemos para la participación ciudadana a lo largo de la tesis:

⁹ Efectivamente así sucedió y para mantener en anonimato no especificamos los links a esas noticias.

“En lo que sí parecen coincidir todas las significaciones de la violencia es que la misma, esa “fuerza” o “energía” contra un otro, emerge en la interacción o interrelación humana, sea del hombre consigo mismo, con otros hombres y/o con su entorno (Hernández, n.d., p. 6) [...] Si asumimos que la violencia es creada en interacción humana, decimos también que cobra realidad y se reproduce en la intersubjetividad social. Es decir, que la misma se asienta en la existencia y producción de consensos sociales intersubjetivos, tanto comunicacionales como interpretativos, que se materializan en representaciones y acciones colectivas, constitutivas de ese espacio relacional.”(Hernández, n.d., p. 62)

Intentamos argumentar en esta tesis que la participación ciudadana podría contrarrestar la violencia más nunca podría anularla, ya que la violencia parece constitutiva de lo instituido. Podría entonces la participación ciudadana ser efectiva en contrarrestar la violencia, en tanto actúe estructuralmente y se encuentre institucionalizada por las políticas públicas desde un nivel del sistema que engloba las relaciones sociales.

A esta altura creemos que el aporte de la tesis contribuirá a responder la sabida asociación entre sistemas democráticos y mejores resultados en salud (Franco et al., 2004) y que parte de la explicación de que dicha asociación correspondería a que los sistemas democráticos se basan en habilitar espacios de participación desde dónde dinamizar las estructuras que reproducen violencia. Los argumentos a favor de la democracia y la democratización provenían hasta ahora de la filosofía, la ética y las ciencias sociales. A partir del estudio del efecto de la democracia en la salud de Álvaro Franco y col. (2004) hay también un argumento desde la epidemiología clásica, que es el campo de lectura más presente en el ámbito de la medicina. La democracia, es un factor protector, con independencia del nivel de riqueza, de las desigualdades y del gasto público de un país, es decir que por sí misma está medido cuán beneficiosa es para la salud. El régimen democrático determinaría por sí solo el 13% de la esperanza de vida de la población y reduciría en el 11% la mortalidad infantil y en el 6% la materna (Franco et al., 2004). Los mismos autores mencionan que esto dio origen a un campo incipiente: la “epidemiología política”, que estudia en qué medida influye este macrodeterminante de la salud y consideran que las

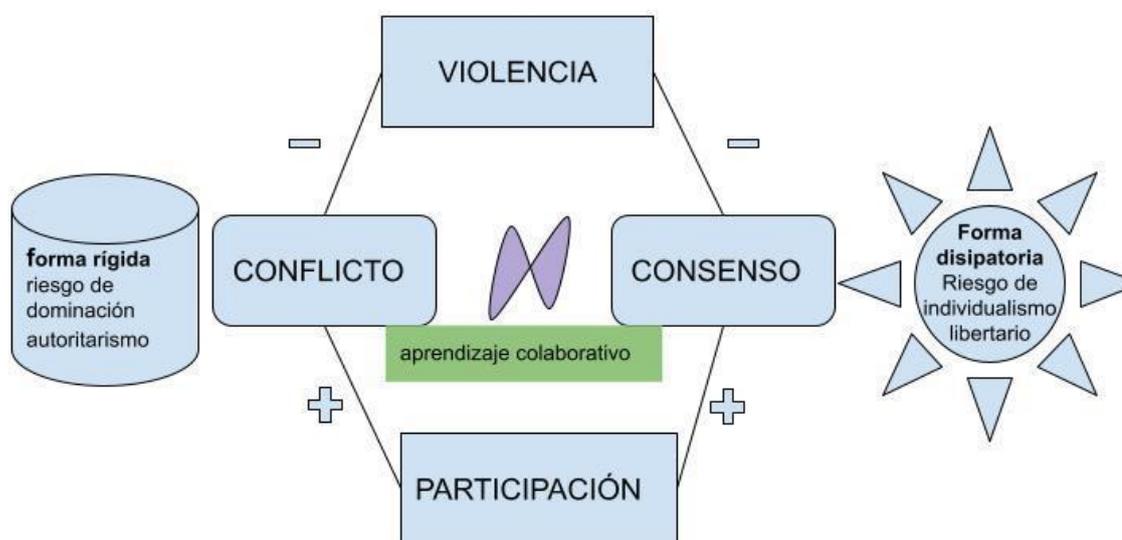
instituciones médicas (los centros de salud en particular) son un buen lugar para entender el grado de expresión democrática en los procesos de salud, enfermedad y cuidado.

Siguiendo a Simmel (2000) se podría decir que la incapacidad de la política para funcionar como instrumento de construcción de una sociedad en la que el conflicto sea utilizado como medio para lograr la cohesión social, encuentra una parte de su problema en la eficacia a la hora de tratar con iguales derechos civiles a los miembros individuales de la sociedad, es decir en generar espacios heterárquicos. Los aspectos positivos del conflicto (en tanto de ellos derivaría la cohesión social o representarían la sociogénesis para las relaciones colectivas), se ven opacados por las ineficiencias institucionales del Estado moderno para habilitar los lugares de participación ciudadana. Así se intensifica el carácter de las violencias globales, donde el conflicto pierde su potencial sociogénico (Simmel & Capdequí, 2000).

Bajo el enfoque que adopta esta tesis, se requiere neutralizar las formas que construyen otras fuerzas actuantes en el sistema con formas que habiliten la fuerza de la participación; esto sería estratégico para que actúe libremente el binomio conflicto/consenso y así poner en movimiento al sistema en la dirección resultante luego de su propio aprendizaje —referenciado como sistema autopoietico, que aprende y se regenera en la interacción de sus partes— sin riesgo a formas “centrípetas o centrífugas” (Haro, 2010). Es decir, utilizar el poder en su concepción de potencia y no de dominación. Este poder es referido de cooperación y autopoietico por Perlo (C. L. Perlo, 2020). Al buscar el antónimo de violencia en los diccionarios, muchos de ellos señalan palabras como afabilidad, respeto, ternura, mesura, amabilidad, moderación, comedimiento, contención, cordialidad, freno, naturalidad, convivencia, suavidad y ternura; muchas características que se encuentran al ejercer la participación ciudadana (de Sousa Campos, 2009; Menéndez & Spinelli, 2006b; Pan American Health Organization, 2003). Es por eso que conceptualizamos en esta tesis que la participación ciudadana en centros de salud sería el camino para desviolentar la sociedad.

Si el orden social es puesto en litigio en las tramas de relaciones por distintas acciones en búsqueda de la igualdad en espacios políticos (Rancière et al., 2014), afirmar que el ámbito de la salud (y especialmente los centros de salud) son espacios políticos para revertir la desigualdad (empezando por la existente entre profesionales de salud y la de género), estaríamos desde el sistema de salud empezando a “subsana” (sanando desde las raíces, desde las bases) la sociedad enferma de violencia; violencia que desde 1996 es una de las prioridades en la agenda de la OMS (Organization & Others, 1996). Figura 1.

Figura 1: Bidimensionalidades interactivas: el binomio violencia/participación actuaría desde un nivel organizativo sistémico superior (el contexto) sobre el binomio conflicto/consenso y viceversa (fuente propia).



La Figura 1 muestra la interacción recursiva entre las bidimensionalidades: el binomio violencia/participación actuaría desde un nivel organizativo sistémico superior (el contexto) sobre el binomio conflicto/consenso que se expresa en las acciones que surgen de las interacciones, lugar donde

ocurriría la posibilidad de aprendizaje del sistema para evitar una forma rígida o una sin normas.¹⁰

Así, el binomio conflicto/consenso permite concebir la evolución del sistema en un equilibrio dinámico si su bidimensionalidad es comprendida dentro de otro nivel del sistema que lo influye, donde opera el binomio violencia/participación. En esta tesis intentamos relacionar las representaciones de quienes gestionan y facilitan un programa de salud con las fuerzas que se habilitan en los espacios relacionales bajo la esfera de gobernanza estatal y estamos interesados en observar si dichas representaciones se corresponden con el hecho de ser sujetos de derecho a participar. Esto requiere observar si se intentan acciones que lleven a una forma institucionalizada donde habite la fuerza que genere una “participación subjetivada” factible de ir amortiguando la reproducción de la fuerza que reproduce la violencia institucional. Por ejemplo, la violencia instrumentalizada en programas verticales de salud paralizaría el devenir del sistema, lo rigidizaría, porque la falta de diversidad desvitaliza, lo que es preludeo, según la teoría general de sistemas, de la muerte de ese sistema.

II.d El espacio 'intermedio' de los procesos sociales

Esta escena *final* evidencia la falta de participación ciudadana, la poca participación que permitieron las instituciones (representada en el CAPS) y la configuración de un modo de estar que se crea cuando la política no invita a expresarse a las comunidades en los espacios y bienes comunes con los que vivimos.

¹⁰ De la figura 1 no describimos cómo se llega a la forma disipativa por no ser la escena elegida una representación de esa forma del sistema. En ese extremo de formas, la violencia sigue inhibiendo la participación pero consideramos que lo hace mediante lo que Byung-Chul Han refiere como violencia de la positividad, no excluye ni suprime, se manifiesta como abundancia como exceso y agotamiento con hiperproducción, hipercomunicación. Su positividad hace que no se perciba como violencia, y aísla a los individuos a llegar a su mejor versión solos, sin interactuar más que para conseguir su fin, cosificando las otras partes. Es por eso que no hay interés de consenso alguno y no puede existir aprendizaje, el sistema se disipa.

Esta tesis se propone mirar a la participación ciudadana en su aporte al proceso de pasaje entre un sistema rígido estructurado a uno sinfónico en resonancia con el devenir, es decir como una variable necesaria en el espacio de la complejidad del sistema. Espacio que los gestores entrevistados en esta tesis mencionan, como término nativo, “la construcción del middle out”, es decir la construcción de funciones que amortiguan, dialogan o contraponen a las fuerzas de los intereses instituidos, homogeneizantes y estructurantes mientras que a la vez acompañan la emergencia de brotes creativos, caóticos, instituyentes de nuevas formas de cuidado. Pretendemos mostrar las relaciones sociales como sustrato de la fuerza de la participación ciudadana, que más débil o más pujante, cohabita en el mismo espacio relacional de la violencia, comprendiendo los modos de politización de las relaciones sociales y las múltiples formas que asume la política según sean los sentidos y prácticas de los actores (Frederic & Soprano, 2008).

AMBA, según mencionan sus documentos, mediante el módulo MoGyA, tenía como propósito acercar metodologías participativas de consenso y se presentaba como una propuesta para facilitar la ocurrencia del binomio conflicto/consenso. En términos sistémicos pensamos que se proponía trabajar en el punto crítico del sistema, que es donde se balancean las fuerzas internas y del entorno y donde el sistema aprende para adaptarse y evolucionar (Varela et al., 1991). Lograr que los actores involucrados participasen era lograr el movimiento que requiere un sistema para no estar ni rígido ni disipado. Es decir el programa, en tanto política pública cumpliría la función de generar el contexto para que se habite el espacio intermedio entre rigidez y caos, que es el de la complejidad, y es donde ocurre la posibilidad de crear, aprender y adaptarse de los sistemas (lo que se conoce como autopoiesis) (Varela et al., 1991). La posibilidad de facilitar esta propiedad sistémica por parte de AMBA, requeriría poder contemplar las tensiones respecto a las formas de ejercer el poder en una sociedad, que se expresan en las relaciones sociales (C. Perlo, 2011; C. L. Perlo & Romorini, 2011). En relación a considerar en la planificación de programas

de salud estos aspectos, Spinelli (2019) menciona el aprendizaje mencionado por Mario Testa: *“en referencia crítica al método CENDES/OPS, en cuyo diseño y formulación participó¹¹ refiere: «le dimos valor cero a una variable, cuyo único valor no podía ser cero», haciendo referencia al poder y al conflicto”* (Spinelli, 2019).

En el capítulo 2 detallamos en la descripción del caso que AMBA se proponía facilitar la problematización de los temas de salud, tanto en la mesogestión (entre diferentes áreas de los municipios y del gobierno de PBA) como en la microgestión de los equipos de salud en mesas participativas. La consecuente generación de aprendizaje colectivo y la autodeterminación de las acciones comunitarias a seguir se verían limitadas frente a las concepciones más jerárquicas de poder de los actores intervinientes. Esta escena fue leída y debatida, en julio 2022, con parte del equipo de gestión de AMBA, en una retrospectiva crítica de lo que fue AMBA y particularmente en la reflexión sobre la distancia entre la formulación del programa y su implementación lograda en el componente del modelo de gestión y atención.

El comentario de una de los integrantes del equipo de AMBA, al escuchar la escena es que no la consideró representativa del *“final”*, ya que para ella, *“a AMBA le faltó tiempo”* y que *“la construcción colectiva ocurrió en gran medida durante la formulación y la implementación en la mesogestión y dentro de los equipos de salud”*.

Temporalmente la tesis es un recorte para el análisis de un proceso de construcción de contextos participativos a diciembre de 2019. También es un recorte espacial, ya que a esa fecha hubieron otras inauguraciones de centros de salud construidos por AMBA (160 centros finalizados a diciembre de 2019, lo que representó un 42% del total incluidos), en municipios de diferentes partidos políticos (aunque en términos de participación comunitaria fueron similares). Si bien en Brandsen la

¹¹ Cita referida en el texto citado: Ahumada J, Arreaza Guzmán A, Durán H, Pizzi M, Satué E, Testa M. Programación de la Salud: Problemas conceptuales y metodológicos. Washington DC: OPS; 1965. (Publicación Científica N° 111)

inauguración del centro de salud de Altamirano fue más comunitaria porque es una zona rural, igualmente fue centrada en el político aunque hubo una bicicleteada, juegos y una mayor participación de la comunidad, esa participación fue una participación de consumo de las actividades del evento y no como protagonistas de la planificación y de su implementación.

La idea de que la participación es más bien un proceso de participación y no una acción única toma relevancia nuevamente, ¿podemos decir entonces que participar es poder expresarse con voz propia en un proceso de construcción colectiva?, ¿y que el primer paso, antes de lograr la participación ciudadana en salud, es tal vez que seamos los propios funcionarios quienes nos autoparticipemos, nos demos la voz frente a los modos instalados por los programas verticales de salud?

En la reflexión de la escena *final*, el coordinador general de la *Red AMBA* trae el concepto de “*middle out*” o “*campo intermedio*” que va a atravesar esta tesis:

“si no hacés el middle out no hay proyecto que dure; traeme la diversidad a un encuentro con vecinos, no sólo invitá a los que apoyan al político, que si esa diversidad genera conflicto en su justa medida -sin pasar malos momentos-, genera influencia mutua en el encuentro”.

En ese comentario vuelve a acechar la violencia en una reunión de personas paralizaría el encuentro si desbalancea “la justa medida” del conflicto necesario para generar “influencia mutua” entre las partes.

La violencia estructural, es decir la que no tiene un dueño, es una fuerza que se sigue ejerciendo porque *la cosa* sigue funcionando como está, porque “*funciona muy bien de mal*” y la queja en la retórica cubre la inacción. Para Tubino, las acciones interculturales se constituyen como un componente necesario para distinguir las violencias simbólicas, desestructurarlas y reconstruir la sociedad bajo parámetros de empatía y comprensión del otro, y al mismo tiempo se instrumenta como una acción cuyo objeto, además, es el de describir las asimetrías para sacar a la población de la violencia estructural (pobreza) y la violencia simbólica (cultural) (Tubino, 2015). Otro integrante de la Red AMBA presente en esa retrospectiva grupal aporta:

“AMBA fue una estrategia que disputó el poder pero no lo hizo bajo las reglas instaladas del poder, se proponía modificar la realidad sin contraponer a la realidad instalada, en el tiempo que duró no lo logró, ‘hacíamos de agua’, no discutimos la pared (lo instalado), veníamos a transitar por donde se podía, ofreciendo una mejora a todo el sistema, una estrategia para la sustentabilidad, que todos percibimos necesaria”.

El poder parecería no tener rupturas en su circularidad pero la esperanza idealista motivó el intento en quienes participaron de AMBA. Según John Holloway (2003):¹²

“Vivimos en una sociedad injusta pero deseamos que no lo sea: ambas partes de la oración son inseparables y existen en constante tensión una con la otra. [...] La segunda parte de la oración “deseamos que no sea así” no es menos real que la primera. [...] Pero, ¿cuál es el objeto de todo esto? Nuestro grito es un grito de frustración, es el descontento de quien no tiene poder. Pero si no tenemos poder, no hay nada que podamos hacer. Y si intentamos volvernos poderosos fundando un partido, levantándose en armas o ganando una elección, no seremos diferentes de todos los otros poderosos de la historia. Entonces, no hay salida, no hay rupturas en la circularidad del poder. ¿Qué podemos hacer? (Holloway, 2003, p. 14)

Hasta aquí, refrendamos con la escena presentada: la violencia inhibiría las posibilidades sociogénicas del conflicto, porque lo inhibe y también a su bidimensionalidad (o contracara): el consenso, que se logra si el conflicto

¹² “Ciertamente, no hay garantías de un final feliz, pero aun mientras nos desbarrancamos, aun en los momentos de mayor desesperación, rechazamos la aceptación de que tal final feliz sea imposible. El grito se aferra a la posibilidad de una apertura, se niega a aceptar el cierre de la posibilidad de una otredad radical. Vivimos en una **sociedad injusta pero deseamos que no lo sea: ambas partes de la oración son inseparables y existen en constante tensión una con la otra**. El grito no necesita ser justificado por el cumplimiento de lo que podría ser: es, simplemente, el reconocimiento de la dimensión dual de la realidad. La segunda parte de la oración (“deseamos que no sea así”) no es menos real que la primera. Lo que otorga significado al grito es la tensión entre las dos partes. Si se ve a la segunda parte de la oración (el deseo expresado en subjuntivo) como menos real que la primera, entonces también se descalifica al grito. La preocupación de la teoría social ha sido partir en dos esta oración que no puede partirse. Maquiavelo sienta las bases de un nuevo realismo cuando afirma que está preocupado sólo por lo que es, no por las cosas como quisiéramos que sean. **La bidimensionalidad es la presencia antagónica (es decir, el movimiento) de lo que todavía no es con lo que es, de la no identidad con la identidad**. El grito es una explosión de tensión. El desafío consiste, más bien, en unir pesimismo y optimismo, horror y esperanza en una comprensión teórica de la bidimensionalidad del mundo. El objetivo no es sólo el optimismo del espíritu sino del intelecto. Es precisamente el horror del mundo lo que nos obliga a aprender la esperanza” (Holloway, 2003).

ocurre en un marco de participación (Simmel & Capdequí, 2000). De esta forma indagamos en los próximos capítulos ¿cómo se configuraron las relaciones entre los actores en torno a dar o no lugar a la PCS, en función del poder, la violencia, el conflicto y el consenso? y para finalizar la introducción volvemos a ese entrecruzamiento de tensiones a la hora de intentar institucionalizar la participación ciudadana como fuerza transformadora del sistema e invitamos a transitar a lo largo de los capítulos una posible comprensión sobre aquellos condicionantes que facilitan o impiden que el poder de cooperación autopoietico se exprese facilitado por políticas públicas nutridas de características antónimas de la violencia.

Capítulo 1. El tema y sus Antecedentes: La Participación en Salud en las Políticas Públicas en el AMBA

“Los médicos si solo vemos la enfermedad, corremos el riesgo de pasar por alto ese pequeño mundo que envuelve al individuo con algo imponderable, como una red tejida de sueños y esperanzas”.

Ramón Carrillo -1951

I. Introducción

En este capítulo, desarrollamos el tema y sus antecedentes en relación a las etapas de problematización que consideramos necesarias para abordar el problema y enmarcar los aportes de esta tesis en la comprensión del mismo. Nos interesa empezar reconociendo que hay un problema de encuentro / desencuentro entre la población y los servicios de salud. Esta enunciación es el aporte que hacen Solitario y Stolkiner (2008) para pensar la accesibilidad simbólica y las estrategias que se establezcan para facilitar el acceso, las prácticas de vida y salud de la población. Esta *“definición de la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”*, nos permite sumar con los aportes de esta tesis algunos condicionantes de esa *relación*. (Solitario et al., 2008).

Nos preguntamos el rol de las políticas de salud para que *la relación entre los servicios y los sujetos* habilite las condiciones donde, *tanto unos como otros, que contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse*, puedan entrar en un proceso de conflicto / acuerdo a nivel de las representaciones sociales para que así surjan y se potencien las estrategias de afrontamiento o saberes que cada comunidad tiene, desplazando la hegemonía médica (Scaglia et al., 2021).

Etimológicamente la palabra "participación" viene del latín *participatio* y significa "acción y efecto de formar parte de algo". Sus componentes léxicos son: *par*, *partis* (parte), *capere* (tomar), más el sufijo *ción* (acción y efecto).

Si bien lleva implícita la acción en su palabra, se considera que la participación pasiva también refleja una inacción que reproduce la pauta dominante. Basándonos en los aportes de Scaglia (2012), consideramos en esta tesis, que la no acción sería una propiedad de la exclusión. Scaglia (2012) refiere que el *“punto de vista ideológico de la categoría exclusión se presta a la compasión ocultando así una política deliberada de producción de la exclusión, colocando de un lado a la víctima sujeta a la exclusión y del otro lado el sujeto de compasión. Pareciera que la acción queda del lado de los que no sufren, así los excluidos pierden su condición de sujetos para tornarse objetos de nuestra compasión...”, consideramos más adecuada la categoría de desigualdad en tanto que da cuenta de los procesos sociales y económicos que explican la fragilidad en las condiciones de vida de numerosos conjuntos sociales.*” (Scaglia, 2012, p. 124)

Esos otros excluidos (“los pobres”, “los rotos”, “los excluidos”, incluso esa “comunidad que se atiende”) se tornan objeto de nuestra compasión, y para Fassin (2019) se vuelven las vidas descartables como desafío del siglo XXI, *“pierden su lugar de sujeto ético y político con derechos... y se vuelven “un viviente” que no vive más que para sobrevivir”* (Fassin, 2019, p. 158). Tal vez dejarían de serlo, si en la concepción de participación de los funcionarios del sistema de salud, fueran considerados como fuentes de saberes y de capacidades, que el funcionario no posee, para la tarea de cuidado de ese colectivo subestimado. En esa concepción los espacios de participación surgirían naturalmente como una necesidad de escucha y entramado, no ya como una búsqueda de mecanismos que brinden una mínima reinserción caritativa social de “los excluidos” de un sistema que debe seguir para los cuales se crea una CUS, sino como un lugar dónde trabajar en revertir los procesos y dinámicas que construyen desigualdad y transforman el sistema. Uno de esos procesos para esta tesis, es observar si las actividades comunitarias son significadas con dinámicas que permitan subjetivarnos frente a la violencia estructural del sistema.

Siguiendo a Licia Pagnamento, quien refiere que la participación en salud es una expresión de los procesos sociales (Pagnamento, 2017a), nos interesa

entrar en diálogo con los autores que realizan el análisis de los procesos sociales que subyacen a la expresión de un tipo de participación social en el cuidado de la salud, específicamente nos interesa conocer cuáles políticas públicas, en tanto performativa de los procesos sociales (Shore, 2010), habilitaron la praxis comunitaria como potencial salutogénico, es decir como usinas que remedian y construyen salud, en un concepto de redes interdependientes de cuidado (Sturmberg et al., 2019).

En un primer recorte del tema, la participación en salud que nos interesa problematizar no se refiere al ejercicio del derecho a recibir un servicio de salud por el sistema de salud, ni a la accesibilidad simbólica a la atención de una enfermedad, que, según expresa Romina Solitario en su artículo (2008), responde a la subjetividad del usuario y su perspectiva de derechos¹³ (Solitario et al., 2008). Pero como dijimos, nuestro recorte del tema es el interés de comprender qué condiciona al sistema de salud a brindar espacios institucionalizados para el ejercicio del derecho a la salud¹⁴, más específicamente, conocer los antecedentes que den cuenta cómo, desde el sistema de salud, se intentó institucionalizar la participación ciudadana en los temas que construyen salud, es decir en propiciar la participación en actos de cuidado, en espacios que habiliten las interacciones sociales de aprendizaje entre distintos saberes, para crear los procesos de cuidado, tanto a nivel individual, gregario o comunitario.

El foco de esta tesis tampoco está puesto en el campo de la gestión de las dificultades para instalar modelos de atención primaria de la salud basados en garantizar el derecho a la atención a la salud, sino en aquellos debates

¹³ perspectiva de derechos, es actuar como ciudadanos “titulares de derechos que obligan al Estado (...) a hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de Derechos Humanos”.

¹⁴ • Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25)
• Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12)
• Declaración Americana de los Derechos del Hombre, (Art. XI)
• Convención Sobre los Derechos de los Niños (Art. 24)
• Convención sobre Derechos Humanos (Art. 4 y 5)
• Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Art. 6)

sobre el lugar a la autodeterminación ciudadana de la salud escuchada desde el sistema de salud por los gobiernos. Tampoco es tema entrar en debate, una vez más, con la conocida profundización de la lógica que subyace a un modelo asistencialista de la salud que limita la participación en salud a un mero acto de adherencia a la medicalización social. Es decir, quisiéramos adentrarnos en el tema de la “la participación en salud en tanto fuerza de cuidado”, de sus desarrollos teóricos e investigaciones sobre el cuidado como praxis eco-comunitaria, de su lugar en la prevención y promoción de la salud (Lindström & Eriksson, 2005; Paiva et al., 2018b). En este sentido revisamos los objetivos y las acciones de la política a la luz de las categorías, representaciones y prácticas que construyen los sujetos, describimos procesos de apropiación y resignificación, que transforman o no las prácticas de cuidado de la salud en los momentos concretos de la *Red AMBA*.

Llegado a este punto, creemos importante reconocer la complejidad del recorte que hacemos en la tesis, en tanto coincidimos con varios autores que remarcan que el sistema de salud está ubicado en ese rol “puro” de atención de dolencias, por lo que se lo considera eximido del abordaje de determinados temas -como la problematización de los modelos sociales impulsados desde las políticas públicas- que no constituirían las “verdaderas temáticas” que un centro de salud debiera abordar, cuando además no pueden dar respuesta a lo que la sociedad demanda por salud, que va en consonancia con una representación vinculada al derecho de recibir atención a enfermedades (de Sousa Campos, 2009).

Por otro lado, nos interesa entender, como condicionante, si el caso en estudio, la *Red AMBA*, se inserta en un escenario que debate sobre el sentido de la participación: entre uno que no contradiga y reproduzca la tradición del modelo centrado en la atención de la enfermedad y otra que habilite a percibirse como sujetos activos. La primera forma, rol “puro” de atención de dolencias, se propone como única respuesta pasiva de las personas al inevitable modelo patogénico que las relaciones sociales vienen generando en sus actividades (relaciones societales en los modos de producción de

bienes y servicios), mientras que la segunda propone reconocerse parte del modelo social causal de enfermedades y visibilizar la responsabilidad del sistema de salud en configurar los espacios que habiliten el “*estar ahí*”. Ese “*estar ahí*”, —en términos de Federico Gonzalez (2020)— como espacios donde no normalizar un sistema históricamente desigual, donde los procesos de atención dejen de ser fragmentados y la salud segmentada. Fragmentación que al parecer también ocurre en los procesos de formación de sujetos educativos, (González, 2020) y que sería expresión tal vez de un fenómeno ideológico-político más amplio que desune, rompe los lazos sociales, enfría las interacciones y anula la participación. Nos interesa entender qué condiciona los procesos de formación de sujetos que participan en la construcción de su salud y la de su entorno, en lo que se conoce como el proceso de generar salud o salutogénesis (Lindström & Eriksson, 2005). Es decir, nos interesa conocer qué condiciona los espacios, las formas y los símbolos donde ocurrirían los proceso de formación de “*sujetos salutogenistas*” —término que acuñamos para referirnos a sujetos participativos en el proceso de salud-enfermedad-atención-remediación—.

En este capítulo, primero consideramos las diferentes enunciaciones sobre la participación en salud —participación social en salud, participación ciudadana en salud y participación comunitaria en salud— como expresiones de marcos ideológicos sociopolíticos presentes y necesarios de evidenciar en el análisis del problema y luego recuperamos los antecedentes en la conformación de ámbitos como espacio participativos de construcción de salud de la comunidad en políticas sanitarias en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Finalmente compartimos el estado de arte en relación a la participación en salud en tanto fuerza de cuidado y de construcción de poder comunitario, haciendo mención brevemente a las características que construirían una participación generativa de salud.

II. Formas de enunciación de la participación en salud y características según los cambios históricos en el contexto socio-político.

Como compartimos en varios tramos de esta tesis, nuestro interés es contribuir a ser puente entre disciplinas que abordan la salud para ampliar los conceptos que hegemonizan nuestra enseñanza y práctica médica.

En ese sentido, en un primer lugar, hay un supuesto, en quienes hemos ejercido la medicina, que considerábamos, en general, a las guías diagnóstico-terapéuticas realizadas por organismos de expertos como documentos dónde primaría el saber, la búsqueda de la verdad y una ciencia “pura” apolítica. En relación a las recomendaciones brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde Alma Ata hasta la actualidad, nos interesa destacar que es necesario contemplar que dichas recomendaciones pertenecen a instituciones que son un campo de fuerzas, y en ellas operan diversos actores de la política internacional y de empresas filantrópicas defendiendo intereses que les son propios. Es decir, en estos organismos participan gobiernos interesados en legitimar sus políticas, gobiernos que son expresión en un determinado momento de la correlación de fuerzas entre los sectores hegemónicos y los subalternos en esos países y fuerzas de mercado interviniendo de diferentes maneras. Lo que queremos remarcar es que estos organismos no son instituciones de producción de conocimiento científico puro, siendo los documentos que de ahí emanan expresión de los intereses que se juegan en la arena de la política internacional. (Chiara & Ariovich, 2013).

En segundo lugar, y en paralelo a lo anterior, es posible relacionar un recorrido en las definiciones de la participación en salud con lo que Herrero (2020) describe de las reestructuraciones por las que viene atravesando la gestión de la salud hasta la forma contemporánea en la globalización, de los cambios de roles y gobernanzas de los Estados, de los organismos multilaterales y de los capitales multinacionales empresariales (Herrero & Belardo, 2020). Reestructuraciones de roles que llegarían a modificar el modelo de gestión y atención del primer nivel de atención: desde roles enmarcados en la medicina social en 1960 hasta los roles propuestos

necesarios para brindar lo que en el 2014 fue enunciado por la OMS como “Cobertura Única de Salud”¹⁵, modelo criticado por normalizar la atención mínima de la salud en los países con capacidad limitada de afrontar el encarecimiento de la salud y sus avances diagnóstico-terapéuticos y desligando al sistema de salud de abordar los los determinantes sociales de salud (Gispert Abreu & Castell-Florit Serrate, 2016).

Resumidamente, entonces la enunciación de la participación en las reglamentaciones internacionales va desde una concepción dentro de la Atención Primaria de Salud (Alma Ata 1978) como participación social en salud, pasando por participación comunitaria, popular o ciudadana, hasta su actual enunciación en la declaración de Astaná (2018) dentro de una concepción global de la salud que, siguiendo a Herrero (2020), estaría legitimando la participación del sector privado en la salud pública, tanto para que, filantrópicamente, garanticen por un lado la CUS a los “excluidos” como para que inviertan en el desarrollo científico-técnico de la inmortalidad, de la salud personalizadas, de la inteligencia artificial, etc. para quienes sí puedan pagarlo. (Health Organization, 2019; World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978).

Menéndez (1998) refiere que, entre mediados de los 60 y finales de los 70, la biomedicina atravesó la peor crisis. Las críticas se orientaban a denunciar la pérdida de eficacia del modelo biomédico, basadas en el desarrollo de una relación médico – paciente que negaba la subjetividad del paciente. Ese escenario dio origen al movimiento que posicionó a la Atención Primaria de Salud (APS) en los 80 (Menéndez, 1998). Sin embargo, en el 2020, Menéndez (2020) reflexiona que si bien la biomedicina parecería estar en crisis permanente, ese estado contribuiría a estar en una constante expansión, donde el MMH se va reinventando. De esta manera propone que *“necesitamos asumir que la biomedicina se desarrolla entre un reiterado*

¹⁵ CUS definida por la OMS como: Acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud, y que todas las personas que necesitan servicios de salud esenciales de calidad (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación), los reciben a pesar de las dificultades económicas. <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154-r17-s.pdf?ua=1>

reconocimiento de su eficacia respecto de enfermedades hasta hace poco incurables o poco curables, y la acusación de que construye sujetos fármaco-adictos, inventa nuevas enfermedades y contribuye a la destrucción del planeta tierra” (Menéndez, 2020, p. 2).

En el escenario de los 70, la tensión existente para promover la agencia de las personas en temas de salud, dio origen a los primeros documentos que enunciaron la perspectiva que considera a las personas como participantes activas en la gestión de los determinantes socio ambientales de su salud. Esta concepción se socializó y ganó adeptos a partir del informe del ministro de salud canadiense Marc Lalonde de 1974 (Lalonde, 1974; Tulchinsky, 2018) base para la Declaración de Alma-Ata “Salud para todos en el Año 2000” (1978), donde aconteció la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS). La APS fue definida en dicho encuentro como la estrategia para garantizar el Derecho a la Salud (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978).

Menéndez (1998) acerca los diferentes sentidos que se le fueron otorgando en el tiempo a la APS, según los modelos ideológico-políticos: a) Atención Primaria Integral, entendida como “filosofía de la acción” con un enfoque que buscó incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones y lograr una articulación curación – prevención que redujera el hegemonismo del modelo asistencialista, b) Atención Primaria de la Salud Selectiva o Comprensiva, en las políticas sanitarias que tienden a focalizar acciones en grupos de población diferenciados, esta perspectiva aparece fuertemente a partir de los años 90 criticando, en términos de eficacia, las formulaciones basadas en un enfoque integral. Esta última perspectiva se aplicó por ejemplo, en el diseño de políticas sanitarias de los programas de UNICEF, el Banco Mundial y el BID, que direccionaban los recursos a patologías seleccionadas. Estos programas se caracterizaron por proponer una participación que podía leerse como sinónimo de adherencia al programa; por último, c) la estrategia que considera a la APS como la Atención Primaria Médica (APM) entendida como la atención en el primer nivel del sistema de salud, estrategia que sigue siendo la dominante en nuestro país y se expresa claramente cuando se

analiza la inversión del gasto en salud de acuerdo a los niveles de atención de la salud (Menéndez, 1998).

En el recorrido hacia la participación con sentido de construcción de salud, vemos que es casi 10 años después de Alma Ata, en octubre de 1986 en Ottawa (Canadá), que se realiza la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. En este encuentro fue definida “oficialmente” la promoción de la salud como el pro-ceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y uno de los componentes principales de la APS (Health Organization, 1986). Luego, en 1992, en Copenhague en una conferencia de la OMS sobre promoción de la salud, se concluyó que el abordaje de las políticas debía realizarse sobre la salud y sus determinantes sociales: crear ambientes, físicos y sociales, que favorezcan la emergencia de las fuerzas positivas que construyen salud y no enfermedad, desarrollar habilidades personales, fomentar la participación ciudadana y reorientar los servicios de salud hacia las necesidades de la comunidad local (Organization & Others, 1984). En dicho encuentro, Aaron Antonovsky introdujo por primera vez, el modelo salutogénico. Modelo considerado útil para implementar políticas de promoción de la salud por tres razones principales: por colocar el foco en la resolución de problemas y en la búsqueda conjunta de soluciones; por identificar “recursos generales de resistencia” que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva y por identificar un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, que mediante la comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales y sociales pueden construir contextos salutogénicos, es decir espacios sociales donde se potencien “las fuerzas” que construyen salud y no enfermedad¹⁶ (Antonovsky, 1996).

¹⁶El Sentido de Coherencia (SOC) descrito por Aaron Antonovsky, está compuesto por tres dominios: la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad. La **comprensibilidad**, en el ámbito del pensar permite entender el carácter de un problema, en concordancia consigo mismo y con el entorno. La **manejabilidad**, en el ámbito de la voluntad, permite el despliegue de una sensación de contar con los recursos adecuados para hacer frente a los factores estresantes ya sean propios o en personas de confianza. La **significatividad** da lugar a una percepción cognitiva de orden, o aunque sea, de la posibilidad de ordenar el mundo; es un sentido emocional que permite ver la vida como

Así, mientras los lineamientos iniciales de Alma Ata nos iban pareciendo cada vez más utópicos y difíciles de alcanzar, pasamos el año 2000 sin “salud para todos” y pasamos también sin cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio que abarcaron desde el año 2000 al 2015. En septiembre de 2015, los líderes mundiales se reunieron en la 70ª Asamblea General de las Naciones Unidas para trazar la nueva hoja de ruta del desarrollo internacional. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible fue aprobada tras la firma de 193 jefes de Estado y de Gobierno mundiales dando lugar a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En dicha agenda se definieron 17 ODS, también conocidos como Objetivos Mundiales, para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y asegurar la paz y la prosperidad para todas las personas. El ODS de salud, el número 3, contiene las nuevas estrategias para alcanzar “salud para todos” pero ahora para el 2030 (Arora & Mishra, 2019).

Gil (2018:3) refiere, *“un elemento innovador es su carácter universal (la agenda 2030), de aplicación en todo el mundo y para todos los países, con una visión holística e interrelacionada en la que cada objetivo se superpone y se refuerza mutuamente, con una actuación multinivel simultánea en los espacios locales, regionales, nacionales y globales, apostando por construir una solidaridad global reforzada”*, pero también es considerada una agenda ambiciosa, repleta de retórica, cinismo político e incoherencia técnica, que se plasma en numerosos objetivos de imposible cumplimiento a la luz de los acuerdos y decisiones adoptados por los gobernantes en muchos países (Gil, 2018).

Una de esas estrategias, inundó las agendas académicas de salud, como por ejemplo, en el 5to Simposio de Investigación en Sistemas de Salud (Liverpool octubre 2018)¹⁷ que se realizó para cumplir el ODS en salud. En dicho encuentro, podemos observar la participación de ciudadanos que representan intereses privados; por un lado, por ser el encuentro financiado principalmente por Doris Duke Charitable Foundation, Robert Wood

algo que merece la pena vivirse, que proporciona la fuerza motivadora para transformar los recursos de potenciales en reales.

¹⁷ <http://www.healthsystemsglobal.org/globalsymposia/>

Johnson Foundation y The Rockefeller Foundation y por otro por que la convocatoria de envió de trabajos realizada a la comunidad científica enunciaba específicamente el lugar de “los privados”: *“los objetivos definidos en Alma Ata por la OMS en el 1978 no contemplaron la participación del sector privado para lograr una cobertura de salud universal”*. Luego, la convocatoria continuaba invitando al envío de resúmenes que evaluaran los riesgos y oportunidades presentados por el sector privado en cuanto al financiamiento y prestación de servicios de salud para la cobertura universal. Consideramos que de estas maneras se fueron “formalizando” distintos modos de participación de este sector, basándose en su capacidad de operar a gran escala y de forma sostenible.

Podemos ver que, en la agenda académica, se instala esta estrategia con naturalidad la participación directa de los privados para resolver los temas de salud de toda la población y que esos encuentros carecen de espacios de debate sobre el rol del Estado como regulador de los particulares. Esta estrategia la consideramos a la luz de los aportes de Fassin (2004), quien refiere que este tipo de discursos responden a la finalidad de introducir legitimidad a la participación de los sectores sociales más ricos bajo el concepto de “responsabilidad moral” sobre los desventurados. Este rasgo, según Fassin (2004), es característico de la política actual: el humanitarismo. Bajo la compasión humanitaria no se aboga por garantizar igualdad de derechos y buscar justicia social, sino que se impulsa a salvar vidas, pero bajo un concepto de sacralidad de la vida como tal, “la vida por la vida misma, sin un sujeto de derechos a otras aspiraciones”, este concepto de “biolegitimidad” estaría presente en las economías morales actuales con poder pastoral, es decir la compasión del humanitarismo hacia los desventurados es la forma en que las clases privilegiadas permiten la desigualdad como natural (Fassin, 2004).

Esta trama se puede leer en otro eje enunciado en el 5to simposio de Investigación en Sistemas de Salud⁷, donde se invitaba a los investigadores a *“evaluar los desafíos de prestar servicios de salud y protección social para todos a través de una amplia gama de fronteras geográficas,*

socioeconómicas y culturales de tal forma que se examinen las experiencias de movilización de los sistemas de salud para que actúen como la columna vertebral de la protección social de los grupos vulnerables y en especial de los migrantes y refugiados.”

La Salud Global no propone políticas orientadas a reducir la desigualdad económica, principal determinante de la desigualdad en salud. Por el contrario, como refiere Pilar González Bernaldo de Quirós (2008) si la desigualdad económica pone en peligro el histórico vínculo social (entre pobres y ricos), la respuesta a este problema parece ser de orden moral: se acepta que el deber moral de los ricos hacia los pobres sea el de otorgar una asistencia básica a los más vulnerables. (González Bernaldo de Quirós, 2008).

Así en los últimos años, vemos que se viene instalando el concepto de Salud Global desplazando el de Salud Internacional¹⁸ (Belén Herrero & Belardo, 2022), que valida un tipo de participación social, aquella del sector privado, desdibujando el rol de control y de responsabilidad de los gobiernos en una participación en la planificación local de la salud. Vemos la penetrancia de capitales multinacionales en las nuevas asociaciones académicas (como Global Health System, Global Health, entre otras) que organizan y financian los encuentros mundiales para tratar los objetivos sustentables, pero sobre todo contribuyen en la financiación de gran parte del presupuesto por programas de la OMS según el análisis de contribuciones voluntarias filantrópicas (de la Salud, 2018).

El recorrido de estos cambios es sellado en el encuentro que celebró los 40 años de Alma Ata, en octubre del 2018, dónde la OMS realiza en la ciudad de Astaná la última Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud y se firma por parte de los estados miembros de las Naciones Unidas la “Declaración de Astaná”. Esta declaración dice venir a ratificar la de

¹⁸ La salud internacional sería el correlato de la salud pública en el plano de los ...“fenómenos, vínculos, acciones e interacciones del proceso salud-enfermedad que se producen entre los sujetos y los espacios de la sociedad internacional” y “la estructura, los procesos y las relaciones de poder mundial que inciden a su vez, con distinto alcance y manifestaciones, en la configuración del proceso salud-enfermedad y en los sistemas de atención que se presentan al interior de cada unidad nacional” (la Salud OPS, 1992).

Alma-Ata de 1978, pero la letra del documento manifiesta “*la necesidad de reforzar los sistemas de atención primaria como medio conducente para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS) y los Objetivos de Desarrollo Sustentable definidos en 2015*” (Health Organization, 2019). Este recorrido es concordante con la participación de privados en el financiamiento de la OMS, en 1971 el presupuesto provenía en un 75% por “aportes de membresía” de los Estados miembros y el 25% por recursos extrapresupuestarios (fondos privados para fines específicos), el presupuesto del 2012 se conformó justamente a la inversa y la comisión compuesta por los países miembros no definen las prioridades en las que se deben utilizar los fondos extrapresupuestarios (Chorev, 2012).

Frente a este escenario surgen las siguientes preguntas: ¿Por qué pensar que ahora sí se alcanzará la “Salud Para Todos” en una nueva fecha objetivo?; ¿qué cosas cambiaron en relación a los deseos declarados en 1978?, ¿Cómo repercuten estos cambios, que se vienen dando con una lógica de mercado, en los ejecutores de políticas públicas en salud en nuestro país?; ¿qué lugar se le da a la promoción de la salud?; ¿qué representaciones tenemos quienes ejercemos medicina de la CUS? y más específicamente para el tema de esta tesis, ¿cómo juega en este nuevo escenario, la tensión de miradas de los funcionarios sobre el lugar de la participación ciudadana en la gestión de la salud de una comunidad?

Más allá de comentar las reglas cambiantes del mundo, con sus nuevos actores y sus nuevas técnicas de intervención en salud, es necesario analizar las tensiones que esos cambios genera con respecto a qué tipo de vida se defiende hoy en día, ya que “quién debe vivir y cómo” es una cuestión política (Fassin, 2015) dado que este condicionante influye luego en cómo se piensan y diseñan las políticas sanitarias. Estas representaciones compenetrarían en los actuales funcionarios responsables del sistema de salud y serían evidenciables en la dimensión subjetiva del funcionario que gestiona o brinda un servicio de salud, en relación a qué necesita una persona de manera oportuna en salud. La dimensión subjetiva está basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus propios

derechos y de la manera que encuentran los funcionarios para ejercerlos (Comes, 2004).

Entrando en el problema de investigación, vemos que la Salud Pública conceptualizada bajo la lógica de derecho universal con gobernanza estatal se encuentra poco expresada en los discursos del contexto actual. En consonancia, nos preguntamos cómo influyen los condicionantes que venimos comentando sobre un programa de salud, que posee la voluntad política regional de institucionalizar la participación ciudadana. También profundizaremos en un próximo apartado del capítulo, sobre los diferentes enunciados a nivel mundial de quiénes deben participar para garantizar la salud del colectivo y de cómo se fueron reflejando los enunciados de participación social en las acciones de los programas de salud que antecedieron el caso de estudio. A lo largo de la tesis, indagamos en el caso de estudio, la *Red AMBA*, la presencia de algunos de estos posibles condicionantes en la participación en salud.

Introductoriamente, esta red, interjurisdiccional e intersectorial, se fue construyendo entre iniciativas en la CABA el año 2016 y en la Provincia de Buenos Aires 2018, cuando ambos equipos del ejecutivo, aceptaron la implementación conjunta de la primera etapa (el fortalecimiento del primer nivel de atención) presentada en un ante-proyecto de gestión por un sanitarista local, poco conocido en ese entonces, Fernán Quirós. El proyecto, de varias etapas, daba cuenta de una Red Integral de Sistemas de Salud (RISS) como opción para iniciar una respuesta que, en el largo plazo, pudiese contribuir a dar respuesta a la problemática Argentina de no poseer un sistema único de salud (Panamericana de la, 2010).

Dicho proyecto fue construyéndose a partir del 2015 por un equipo de médicos y sociólogos con trayectoria en gestión sanitaria, en políticas públicas y en epidemiología, todos de formación universitaria pública, provenientes de organismos públicos y de una institución hospitalaria perteneciente a una sociedad de beneficencia sin fines de lucro; un equipo principalmente técnico-político sin afiliación partidaria. A lo largo de más de un año y medio, se hicieron más de 50 presentaciones y análisis

preliminares de relevamiento y factibilidad, donde la propuesta fue ganando adeptos de diferentes áreas de gobierno y de espacios académicos (debiendo sortear múltiples obstáculos que no se detallan aquí). Finalmente consiguió la voluntad política para devenir en política pública en salud, conformándose por decreto la Red Pública de Salud para el área metropolitana (AMBA) con coordinación bi-jurisdiccional.¹⁹

En este punto, creemos necesario remarcar que esta tesis no se enmarca dentro del campo de las evaluaciones de políticas públicas, sino que considera a este programa el caso de estudio donde analizar los condicionantes históricos y sociales que dan posibilidad a que se expresen las fuerzas que garantizan la igualdad de derechos en salud y a la vida mediante el derecho de participación ciudadana en temas de salud.

El enfoque de interés y definición de participación ciudadana en salud que adoptamos en esta tesis, se encuentra dentro de la conceptualización de la misma que hace Menéndez en sus investigaciones como: *“un mecanismo de transformación social y del propio sujeto: la actividad participante reduciría el papel de la estructura o convertiría al grupo/individuo en sujeto de la reproducción y no en objeto/recurso de la misma”*(: Menéndez, 1998, p. 9) Desde una perspectiva política, la PS en salud supondría un ejercicio constante de democratización, o como se dijo más tarde de ciudadanía: más aún, algunos pensaron la PS en términos de democracia directa al colocar el eje en la toma de decisiones (Menéndez, 1998, p. 9).

Vemos entonces de valor describir, en el siguiente apartado, las relaciones entre las formas de mencionar la APS y el lugar que cada una le atribuyó a la participación, para luego, en el apartado subsiguiente, describir en los programas que antecedieron el caso, la coherencia entre lo referido en sus documentos y el tipo de participación llevado adelante en los mismos según las investigaciones encontradas al respecto.

¹⁹ Decreto DECRETO N° 1090-GPBA-18 del boletín oficial de la Prov. de Bs. As. 28.368)

II.a La participación social en salud según tipos de APS

Los principios de la APS son incluir la participación activa de la comunidad en la construcción de salud, estableciendo un modelo que recupera saberes y prácticas colectivas del territorio y fortalece la autonomía de las personas, generando redes, articulando recursos e interdisciplinaridad en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, así como en la creatividad de la generación de nuevos condicionantes positivos o fortalecedores de la misma (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978).

Como dijimos, hay tres perspectivas de la APS dando vueltas: 1) la atención primaria médica, como primer nivel de contacto que puede convertirse en un “techo” de acceso a servicios de salud para las poblaciones más empobrecidas; 2) como un programa de actividades y programas focalizados, basados en el enfoque de riesgo, propios de la atención primaria selectiva y 3) la concepción integral como estrategia de cambio desde los sistemas de salud, que enfatiza en considerar la acción en todos los niveles de atención siendo pilar para esto la participación social.

Primeramente, nos detendremos en la primera conceptualización de la APS, aquella que la considera sinónimo de atención primaria médica, es la dominante por ser la que, en general reproducimos los profesionales de salud irreflexivamente en la práctica diaria.

La conceptualización de la APS como la atención primaria médica en el primer nivel de atención, se refleja en que a los centros de salud se los denominó como “Centros de Atención Primaria de Salud” (CAPS), cuando la APS es un modelo gestión y atención para toda la red de servicios de salud. Quienes abogan por una atención primaria médica suelen considerar a la participación en salud como un tema individual, enfocada en intervenir la adherencia del paciente a un estilo de vida saludable y a las indicaciones que devienen de esa atención. Incluso, la falta de esta mínima participación del sujeto “paciente”, es motivo de múltiples publicaciones en el ámbito médico.

En relación a este enfoque biomédico que invita a la participación individual, Menéndez refiere que no cabe duda de que bajo el modelo

biomédico se ha hecho, y siguen haciendo, constantes aportes para reducir la morbilidad y la mortalidad, basado en el desarrollo técnico y científico del enfoque dominante. Sin embargo, ese enfoque, desde una mirada sistémica, se segmenta y se aísla de los procesos histórico-sociales-ideológicos y culturales, así como de otros procesos presentes en los niveles del sistema desde donde se nutre. Niveles del sistema que aún se sostendrían activos (con riesgo de perecer), gracias a la expresión en ellos de cosmovisiones como la andina, las del buen vivir, las expresiones del biocentrismo y de otros enfoques de diversidad, que estarían resistiendo la aspiración centrípeta de toda la energía del sistema hacia una sola parte (cada vez más antropocéntrica).

En relación a los profesionales de salud, el biologicismo inherente a la ideología médica les garantiza un lugar en el sistema al reproducir lo que han aprendido. Este enfoque requiere de personas que lo mantengan y en esta tesis, veremos que el biologicismo seduciría las subjetividades y dominaría las interacciones sociales, porque ha logrado crear incluso las formas en que se dan los debates para que se posicione el hegemonismo en *el lugar del saber*. Este saber lleva a enfocarnos, no sólo en *el modo en que se prolonga la vida*²⁰, sino más importante aún, *sobre cómo anestésiala*²¹. Así los “actores” que reproducen esa forma compartirían en el poder delegado que perpetúa el modelo y anularían otras cosmovisiones posibles. En la mayoría de las instituciones de salud, adolecemos de interacciones reflexivas sobre las prácticas y sobre los motivos del “síndrome del quemado (burn out)”²² que sufrimos; es decir, no existen espacios donde podríamos direccionar el curso del sistema hacia uno donde la enfermedad no sea “un commodity” (una entidad que genera dinero para la industria tecnológica de la salud). También consideramos que institucionalizar la

²⁰ Blasco Marhuenda MA, García Salomone M. Morir joven, a los 140: el papel de los telómeros en el envejecimiento y la historia de cómo trabajan los científicos para conseguir que vivamos más y mejor. Barcelona: Paidós; 2016

²¹ Byung Chul Han en su libro *Sociedad Paliativa*, habla del sistema seduciendo con un vida sin dolor.

²² Hace referencia a la cronificación del estrés laboral. Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador

participación, empezando por aquella de los propios trabajadores de salud, es una estrategia que permitiría facilitar la reflexión sobre otras fuerzas existentes en el sistema (invisibilizadas) para pensar acciones donde podríamos elegir las y reproducirlas en nuestra práctica médica.

De lo anterior consideramos que, en la concepción de APS como atención primaria médica, basada en el enfoque biologicista, la participación social como tal, no es “una variable necesaria”²³ para explicar lo que enferma o cura a un individuo, por lo tanto no sería posible dimensionarla dentro de la medicina.

En diálogo con Menéndez (2020) y Perlo (2020) esta concepción sigue expandiéndose debido, sobre todo, a que ejerce su rol como legitimador de las fuerzas sociales dominantes, al garantizar con su biologismo, pragmatismo e individualismo las funciones de normatización, de control y de legitimación del poder vertical (Menéndez, 2020; C. L. Perlo, 2020). Como ejemplo de su expansión Menéndez (2020) comenta: *“como todos sabemos, la actual pandemia de coronavirus de 2020 emergió en China, país que no la enfrentó con la medicina mandarina, sino con la biomedicina, y lo mismo ocurrió en India o Japón respecto de sus propias medicinas. Y la hegemonía justamente está en esto: en que a todos nos parece obvio que ocurra así”* (Menéndez, 2020, p. 2).

Como observación final, este enfoque biomédico es el predominante en el repositorio de textos médicos más consultado²⁴. En dicha biblioteca, el término “social participation” está indexado como término agrupador de otros conceptos, y se encuentra definido como “involucramiento en actividades o programas comunitarios”, se lo ha incluido como tal recién a partir del 2011 y conceptualmente se refiere que su término antecesor se encontraba indexado, entre 1990 y 2010 como “actividades de la vida diaria”. Figura 1.1.

²³ En las consultas al Área de Investigación en Salud Poblacional de un Hospital de Comunidad, donde se desempeña la autora, es frecuente que los investigadores soliciten poder incluir en sus modelos de regresión logística múltiple “lo social” pretendiendo que en una sola variable se pueda “controlar el efecto de ese confundidor” sobre su hipótesis biomédica de la enfermedad que estudian.

²⁴ Pubmed, es una página de búsqueda on line de la biblioteca nacional americana del instituto nacional de salud. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

No es intención continuar con el análisis de la concordancia temporal de la evolución del término con los cambios existentes a nivel global. Nos interesa remarcar que en una biblioteca de conocimiento de esta envergadura, sería deseable encontrar la inclusión de definiciones polisémicas de términos como estos, esperando que se respete la diversidad de marcos de aproximación epistémica a los fenómenos sociales. Esta omisión, no parecería ser por desconocimiento de la existencia de otras miradas.

La autora de la tesis, durante sus 30 años de médica, observó que en todo ese período las diversas posturas sobre cómo se debe gestionar la salud se invisibilizan y se descalifican entre sí, en particular en su institución médica existía una cierta descalificación de la información provista por otras bases bibliográfica no indexadas, aun teniendo revisión de pares. Es de destacar el desarrollo que en esos años hicieron otras bibliotecas on line, como SciELO, para jugar “en la arena dominante”, donde se expresa la participación social desde el enfoque del poder político de una comunidad para determinar la salud de su ambiente.

Figura 1.1: Conceptualización indexada de la Participación Social en Pubmed.

Social Participation

Involvement in community activities or programs.
Year introduced: 2011

PubMed search builder options
[Subheadings:](#)

history psychology

Restrict to MeSH Major Topic.
 Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): I03.050.750
MeSH Unique ID: D058992
Entry Terms:

- Participation, Social
- Social Engagement
- Engagement, Social
- Social Citizenship
- Citizenship, Social

Previous Indexing:

- [Activities of Daily Living \(1990-2010\)](#)

[All MeSH Categories](#)
[Anthropology, Education, Sociology and Social Phenomena Category](#)
[Human Activities](#)
[Activities of Daily Living](#)
Social Participation

En la segunda forma de conceptualizar la APS que mencionamos, la de un enfoque focalizado de la atención, se observa que se invita a una participación pasiva de las personas. Kroeger y Luna (1987) refieren que es una participación prescripta o prescriptiva, impuesta desde niveles superiores, mediante programas, que requiere de la intervención de la comunidad sólo en determinadas actividades (Kroeger et al., 1987). En este enfoque se diseñan talleres y otras actividades comunitarias destinadas a la prevención de dolencias específicas, reuniones de divulgación de información, etc., sin que exista el poder de decisión en las personas ni se habilite el espacio donde se expresen sus formas, saberes y habilidades en temas de salud a la par de los conceptos biomédicos que se “bajan”. Las experiencias en este modelo indican que la colaboración que ofrece la comunidad es buena, sin embargo, tiene un carácter efímero, por cuanto las personas convocadas no están integradas totalmente al equipo de salud y se esperaría que realicen acciones previamente direccionadas por otros actores sociales. Este tipo de participación se describe en los programas verticales y es el que estaría presente en la representación de participación social en

salud de los funcionarios de dichos programas a pesar de que declamen en sus relatos seguir los lineamientos de la APS integral.

Por último en la concepción integral de la APS la participación social en salud ocurriría en mesas de salud, en consejos de salud o en espacios comunitarios autoconvocados. Son lugares donde se expresa el conflicto por tensiones de poder entre los actores, tanto locales como centrales. Este tipo de participación es pobremente sostenida de manera institucional porque genera demandas de la comunidad que no encuentran la vía de resolución, y los profesionales que “dan la cara” a la comunidad se encuentran con un Estado normativo, rígido, deshumanizado, protocolizado, sin respuesta. La gran mayoría de las definiciones de los programas de salud de la época posneoliberal que veremos más adelante se escriben y relatan con el sentido de la APS integral pero luego en la práctica no se pueden llevar a cabo por múltiples condicionantes.

Por ejemplo en el Programa Médicos Comunitarios (PMC), uno de los manuales expresa: *“Desde esta perspectiva, se abordará la participación comunitaria como proceso que incorpora todos los valores y costumbres de un pueblo o comunidad y que promueve la formación de ciudadanos y de sujetos activos, solidarios y responsables y con verdadero protagonismo ciudadano, necesario para lograr transformación social... Como la participación que aquí nos ocupa es la participación social, que involucra sujetos sociales, interesa definir en cada caso, a través de qué mecanismos o formas las personas pueden participar en algo en o desde su comunidad”* (Comunitarios, 2005b, p. 7).

Sin embargo en la investigación que realiza Gonzalez (2017: 35) en su tesis de grado “Programa médicos comunitarios y la participación comunitaria en territorio”, refiere *“En relación a la pretendida Participación de la Comunidad, podemos mencionar que si bien se convocó a diferentes sectores sociales, para llevar a cabo el pretendido Plan Federal, no convocó a organizaciones sociales de base territorial... Por último, en la actualidad coexisten cerca de 30 Programas impulsados por el Ministerio de Salud y de la Provincia de Bs. As., si bien se reconoce que algunas son*

de tipo universal o al menos pretenden serlo, muchos son programas focalizados” (Gonzalez, 2017).

En el programa ATAMDOS, de 1987 de la provincia de Buenos Aires, Svampa (2010) describe que a la participación se la llamaba participación popular, donde vecinos y vecinas, organizaban asambleas, conformaban un Consejo de Administración donde se involucraban activamente en el cuidado de la salud colectiva del barrio, de las capacitaciones, de la definición de prioridades, del presupuesto y también organizaban festivales, campeonatos deportivos y juegos. En la entrevista con Ferrara, ministro de salud que lideró el programa, él mismo comenta: *“Lo más importante es que la gente comienza a reunirse y se produce la participación...Nada se resolvía sin la asamblea, las asambleas eran memorables”*(Svampa, 2010). Inés Pertino (2019) comenta, *“Lo innovador es que había un proyecto y que había entusiasmo. Hay pocas gestiones de salud que conducen a un proyecto, a una cuestión concreta. En ese sentido –y después Ginés lo mantuvo– había una mística de la gente que trabajaba en salud”* (Codagnone & Mariano, 2020, p. 205).

Finalmente, no importa cuál de las tres concepciones de APS se encuentren en tensión ideológica-conceptual entre los documentos y la praxis, para Menéndez, incluso la APS integral se encuentra fagocitada por la postura dominante, al igual que otros intentos contrahegemónicos: *“hay propuestas alternativas y/o complementarias, entre las que podemos enumerar la medicina psicosomática, la medicina humanista, la corriente psicosociobiológica, la atención primaria integral, la medicina holística, la antipsiquiatría, la medicina social crítica, las propuestas de reducción de daños y de reducción de riesgos, las corrientes feministas incluidas las perspectivas de género, y la autodenominada vulnerabilidad estructural, así como toda una variedad de recuperaciones de las medicinas tradicionales, paralelas y complementarias. Estas y otras propuestas han tratado de modificar -a veces en forma radical- las orientaciones biomédicas dominantes, generando alternativas, pero que luego de un tiempo desaparecen, o se incorporan al MMH en forma subordinada y redirigidas*

por las orientaciones hegemónicas, como es el caso proverbial de la acupuntura.” (Menéndez, 2020, p. 3).

II.b Participación ciudadana en salud

Aunque el término participación en ciencias sociales hace referencia, en sentido general, al ejercicio de los derechos civiles (democracia representativa) para intervenir en los procesos (ya sean económicos, sociales o políticos) que afectan al bienestar de la ciudadanía y al interés público, no existe una clara definición de qué es participación ciudadana en salud (Li et al., 2015) (Stewart, 2013) (Mira et al., 2018). Sarrami-Foroushani y col. identificaron, en 2014, 11 términos MeSH y 47 modos distintos para referirse a la idea de participación en el contexto sanitario (Sarrami-Foroushani et al., 2014).

En la bibliografía el concepto de “participación ciudadana en salud” es analizado en profundidad por Mira y col. (Mira et al., 2018). En ese estudio se seleccionaron los artículos (tanto las revisiones sistemáticas como narrativas) publicados en Pubmed hasta agosto de 2016, y se evaluaron los aspectos conceptuales y metodológicos de la participación ciudadana en políticas, planes, gobernanza, inversiones/desinversiones o en el diseño de servicios de salud. Los autores identificaron cuarenta y dos revisiones (dieciocho sistemáticas y veinticuatro narrativas), y concluyen que *“la participación ciudadana en salud ha cobrado relevancia en los últimos años por el reconocimiento de los derechos de la ciudadanía, el desencanto de la población con las instituciones, los movimientos y cambios sociales que reclaman una mayor participación y el convencimiento de gobiernos e instituciones de los beneficios de esta participación... que las investigaciones no ayudan a las administraciones sanitarias a aprovechar el conocimiento para poner en práctica mecanismos de participación en salud con un impacto real en prioridades, presupuestos, planes o políticas...y el alcance de esa participación, vinculada a la toma de decisiones en las políticas y planes de salud” (Mira et al., 2018, p. 94).*

El problema de este tipo de participación no estriba en los métodos, ni en el tipo de preguntas para las que se desea respuesta, sino más bien en el para qué se busca esa participación, en quiénes representan, en los consejos de salud, realmente a la ciudadanía y la legitimidad de las decisiones que se adoptan a partir de esta participación de pequeños grupos de personas.

Pese a los avances en los enfoques y métodos para la participación, sigue observándose una ausencia de alineamiento entre las propuestas fruto de la participación y las políticas, las prioridades o los planes de salud (Degeling et al., 2015). *“La evaluación de los resultados de esta participación sigue siendo un reto no siempre fácil de abordar y poco se ha avanzado en las metodologías para medir el impacto real que dicha participación llega a tener”* (Mira et al., 2018, p. 104).

Medir el impacto de la PS en salud, requiere de un proceso reflexivo *“sobre los supuestos que los sujetos y el equipo de trabajo inevitablemente tienen respecto a ciertos aspectos básicos de los programas participativos, que están orientados a la perspectiva teórica y el trabajo real aplicado”* (Menéndez & Spinelli, 2006b).

En este sentido, los reconocidos antecedentes de la Salud Colectiva de Brasil, referentes para esta investigación, proponen la reflexión continua sobre el componente participativo en la Salud Pública convencional bajo la noción de “campo de fuerzas” (Testa 1992), que analiza la distribución del poder en el sector salud y en la sociedad como disputas y luchas en torno a distintos proyectos políticos-ideológicos de la salud (Testa, 1992).

Vemos así que podemos recortar la participación ciudadana en salud en tanto en ella ocurra un proceso deliberativo en un “campo de fuerzas”. Siguiendo a Rowe (2005) en la clasificación que hace según sea el *grado de interacción*, se puede hacer mención a tres niveles de participación: comunicación (una sola dirección, de la administración a la ciudadanía), consulta (una sola dirección, de la ciudadanía a la Administración), participación (ambas direcciones, deliberación) (Rowe & Frewer, 2005).

La literatura refiere que esta última forma de interacción, que da lugar a la deliberación, ocurre en los consejos de salud, u órganos similares de

participación. Los mismos se han venido utilizando como canales formales de participación en muy diversos países y continentes, pero se ha puesto en duda su utilidad (Kohler & Martinez, 2015) (Kohler & Martinez, 2015). Las evaluaciones de estos consejos muestran que los gobiernos y sus estructuras sanitarias no han prestado apoyo efectivo a estas estructuras de participación, más bien se han centrado en temas poco controvertidos (biomédicos), no han sido transparentes en sus procesos y han tenido escasa influencia en las decisiones adoptadas, es decir como máximo han tenido un papel consultivo. Además, en muchos países se ha comprobado que solo han participado representantes de ciertos grupos de la sociedad civil (Serapioni & Matos, 2014).

Mientras autores como Rowe (2005) articulan los conceptos de salud, sistémicos y de campo de fuerza de Bourdieu, vemos que algunos sanitaristas de nuestro país (Gollan 2021), separan estos conceptos (capítulo 2 “La salud como sistema y como campo” de Rovere y col. 20 pág. 51 y figura 2.5 de la pág. 52). Enmarcan a la salud en un juego de actores en conquista de nuevos territorios, y homologan la participación en salud a las intervenciones que se realizan desde las comunidades organizadas, como por ejemplo los movimientos sociales, con capacidad de incidir directamente en ese juego. No incluyen a la participación social en la definición de “actor con cierto grado de organización” y no se la menciona en el apartado “la salud como campo” (pág. 55). No encontramos en este marco teórico la participación en tanto potencialidad de las políticas sociales con la sociedad civil, organizada o no, para la deliberación y reformulación de dichas políticas.

Si entonces queremos quedarnos con la propiedad “deliberativa” que tienen en común las diferentes definiciones de participación, ya sea las definiciones que se enuncian en investigaciones sobre el tema, las definiciones teóricas de documentos públicos o de la experiencia de salubristas, vemos que dicha propiedad, “la deliberación”, no trasciende, y creemos que se debe a lo mencionado anteriormente por Menéndez (2020),

en relación a que el modelo dominante impide las acciones de la propuesta de la APS integral, así como también impediría a todas las propuestas deliberativas de perspectivas diferentes a la dominante. Un proceso deliberativo, horizontalizaría el debate, la planificación y la tarea en las acciones.

Lo que veremos más adelante en esta tesis son propiedades del “poder horizontal” de modelos no jerárquicos colaborativos. Modelos que epocalmente se empiezan a vislumbrar con los movimientos feministas (C. Perlo, 2011; C. Perlo et al., 2006; C. L. Perlo, 2020).

II.c Las dificultades para los equipos de salud

En esa línea, la investigación de Scaglia en el 2012 sobre la participación comunitaria en el municipio de Florencio Varela, enmarcada en el PMC, nos deja ver la distancia entre lo que se romantiza en la letra de los programas y la realidad que vive el equipo de salud al respecto.

En su tesis, vemos que de la lista de temas propuestos desde la comunidad, los equipos de salud siguen “tratando los cuerpos” ya sea por el sesgo biologicista del equipo o porque no existen las estructuras (ni las políticas que las enmarcan) desde donde accionar respuestas sobre la lista de determinantes sociales en salud que se expresan cuando ocurre la participación.

Scaglia (2012) comparte parte de su material empírico *“el grupo no había logrado generar ninguna instancia de planificación colectiva, ni con el barrio ni con el resto del equipo. En consecuencia, el problema que se identificó como prioritario, por iniciativa del grupo y sin la participación de otros actores, fue la nutrición infantil... En ese momento este equipo quedó reducido al pediatra debido a la deserción del trabajador social, el único becario tipo A (el médico ginecólogo) había tomado una licencia prolongada por enfermedad, lo que reforzó la tendencia a un abordaje de la problemática de tipo biomédico”*.(Scaglia, 2012, p. 212) Y posteriormente refiere otra actividad de participación comunitaria donde se observa que de los problemas identificados con la comunidad, el equipo de salud elige aquel

que se encontraría dentro de sus posibilidades de gestión *“Así, entre los problemas identificados surgía un listado .., que podemos agrupar en problemas relacionados con las condiciones del medioambiente: “la contaminación ambiental (con especial referencia a la presencia de roedores), la falta de cloacas, la existencia de zanjas con aguas servidas, la sarna, y la falta de recolección de residuos en algunas áreas del barrio”;* *problemas de tipo social: “las adicciones, la escasa alfabetización, los casos de violencia familiar, las familias numerosas... y la falta o escaso conocimiento de los programas nacionales vigentes en el centro de salud”* (Scaglia, 2012, p. 213). En este último problema, según esa autora, el equipo de salud se sintió interpelado y decidió empezar por este tema. Los otros temas, al igual que en la actualidad, no son considerados de responsabilidad de salud, y no hay diseños de políticas que permitan abordarlos por no existir andamiajes intersectoriales, interjurisdiccionales y transfederales que aborden la complejidad de manera articulada. *“es como que hay un silencio, caes en la zona muerta, no es responsabilidad de nadie y nadie se puede ocupar tampoco, todos se lamentan pero te mandan a otra oficina”* (nota de campo de reunión de equipo salud 2018- Red AMBA).

Los equipos de salud sienten impotencia, se reniegan, sufren “síndrome del quemado” y se repliegan en aquellas acciones donde dentro de sus posibilidades pueden dar respuestas. Sin embargo, la investigación de Scaglia deja ver que ni siquiera en un tema propiamente de salud, los equipos encuentran el apoyo en las estructuras del Estado. *“En esa experiencia, decidieron realizar un “foro comunitario” con las organizaciones sociales para dar a conocer en profundidad las características de dos de todos los programas (Remediar y Sexual y Reproductivo) con talleres con los adolescentes de las escuelas secundarias del área programática, también se propusieron reformar la cartelera del centro de salud para brindar mejor información sobre las características y alcances de estos programas.”* (Scaglia, 2012, p. 214). Dar conocimiento de derechos a la comunidad tiene como consecuencia un aumento de demanda de turnos y recursos. En el caso relatado esto no pudo gestionarse. Se logró

hacer el foro comunitario brindar el conocimiento de los programas, el cual aumentó según una encuesta realizada “*sin embargo no se evaluó el incremento de la demanda que suponía el proyecto ni tampoco se obtuvo mayor cantidad de recursos*” (Scaglia, 2012, p. 213). Las “líneas” para obtener recursos no están articuladas al nivel de la microgestión, y poseen burocracias rígidas que no dialogan entre sí por lo que no responden con agilidad a las acciones de los equipos de salud. En el caso de que se incremente la demanda de servicios por realizar actividades que brindan información sobre derechos, esta demanda recae sobre un equipo reducido, que no encuentra apoyo en la estructura y genera por lo tanto un feedback negativo sobre la participación para reducir la demanda de atención que llega al centro de salud.

De esta manera, llegamos al nudo del problema que describimos en la tesis, vemos que para que se pueda garantizar la participación ciudadana en salud no están dadas las condiciones que aborden los determinantes de salud desde el sistema de salud. Parecería ser que se normaliza que la complejidad no tiene solución y por lo tanto las acciones en salud que se realizan terminan siendo de minimización de daño ya que el sistema no podría frenarse en su reproducción. Las enfermedades son cada vez más por los efectos ambientales del modelo que no para, son expresión de un daño a la potencialidad de la vida y por ende son también una expresión de la violencia estructural, cuyas consecuencias recaen cada vez más sobre el personal de salud. Si además, el sistema de salud pone a los equipos de salud en situación de preguntar a la comunidad por sus necesidades, sin herramientas para dar respuesta a sus necesidades, la violencia estructural que no frenó el nivel político penetra a las personas de la capa técnica (los profesionales de salud) quienes a la vez, luego del burn out y otros síntomas de impotencia, “la pasan” a la comunidad. Así el término nativo “*político-técnico-comunitario*” era utilizado por el asesor metodológico de la *Red AMBA* en gestión participativa, para referirse a la necesidad de construir dispositivos de implementación que construyan la tridimensión mencionada.

Para esto remarcaba el valor de construir los enlaces (los guiones) de los componentes de la categoría nativa.

Este hilado conceptual nos llevó a conceptualizar al poder que se despliega en estos espacios y que condiciona la deliberación participativa, como violencia estructural, en tanto es el mismo poder el que pone límites a la capacidad de dar respuestas a los emergentes de la participación, y por lo tanto a las potencialidades puestas en juego. Esta relación entre poder y violencia estructural que condiciona la deliberación participativa, se puede observar tanto dentro de un pequeño equipo de salud al interior de sus problemas vinculares o en espacios que el mismo equipo debe crear con la comunidad para invitarla a deliberar, porque así lo indican los manuales de las políticas. Los manuales analizados de políticas sanitarias anteriores a la Red AMBA, todos hablan de participación, y muy pocos brindan información de cómo generar las capacidades para accionar respuestas sobre los determinantes de salud, tema principal en cualquier mesa deliberativa de salud entre equipos de salud del Estado y actores de la comunidad.

El concepto de participación ciudadana, que podría enmarcarse dentro de la APS integral, o en aquellas estrategias que tengan la intención de generar ciudadanía como un fin, vemos que primeramente requiere de un contexto para su ocurrencia, es decir requiere de una conceptualización sistémica de las funciones de todas las partes del sistema, de sus interacciones y emergencias, no sólo de aquellas bajo las posibilidades segmentadas que posee un ministerio de salud o un gobierno local con sus consecuentes limitadas áreas de acción: los centros de salud.

A continuación describiremos el contexto institucional a lo largo de la historia de las políticas sanitarias que promovían la APS en el área metropolitana de Buenos Aires, lugar donde se realiza esta investigación, para luego volver sobre la conformación del problema de esta tesis que lleva a entrelazar los conceptos de poder existentes en los procesos deliberativos en temas de salud comunitaria.

III. Antecedentes de la participación en salud en políticas públicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) que antecedieron la Red AMBA.

Existen múltiples interpretaciones en cuanto a la denominación y uso corriente del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). En esta Política Pública, según lo considerado en el Decreto N° 149/GCBA/12, se utiliza la denominación de AMBA como sinónimo del gran territorio conformado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un conjunto de 40 municipios contiguos, localizados en la Provincia de Buenos Aires (al incluir en la delimitación al denominado Gran La Plata, conformado por La Plata, Berisso y Ensenada). El AMBA ocupa un territorio urbanizado de cerca de 2.440 km² y concentra 16 millones de habitantes, lo que representa el 37% de la población total del país (7% en la CABA y 30% en el Conurbano).²⁵

Históricamente, el AMBA ha estado fragmentada política y administrativamente; la gestión del área metropolitana ha sido la suma de la gestión de diferentes niveles de gobierno (con sus propias regulaciones, normativas, financiamiento, presupuesto, asignación de recursos públicos, estructura de servicios, etc.). Si bien ha habido diferentes intentos de integración del sistema de salud argentino, aún persiste fragmentado en sistema público, obras sociales y privado.

En cuanto a la oferta de servicios de salud del sistema público en este territorio, ésta es la resultante de decisiones planificadas y financiadas por las diferentes jurisdicciones que la componen. En cada uno de los municipios conviven servicios de salud del primer nivel de atención (de responsabilidad delegada al gobierno local municipal) con hospitales de jurisdicciones municipal, provincial y nacional, programas de salud de los tres niveles, y recursos humanos que responden a diferentes niveles de gobierno (Chiara et al., 2012). Asimismo, la disposición de oferta de servicios sanitarios ha generado circuitos propios de la población que trascienden las fronteras administrativas jurisdiccionales deviniendo,

²⁵ INDEC. Estimaciones de población por sexo, departamento y año calendario 2010-2025. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC; 2015. (Serie análisis demográfico). Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

muchas veces, en innumerables flujos migratorios no organizados y con grandes barreras para la población involucrada. Para dar a conocer los antecedentes de cómo se gestionó la institucionalización de la participación en salud como práctica de cuidado comunitario en políticas públicas locales, en el AMBA, elegimos representar los tres periodos de transformaciones del Estado argentino, a partir del retorno de la democracia:

III.a A partir del retorno de la democracia en 1983 hasta los 90.

Existieron marchas y contramarchas en la gobernanza y el financiamiento del primer nivel de atención del sistema de la salud del AMBA a lo largo de la historia. Es necesario reconocer que fue en dictadura militar, que en la Provincia de Buenos Aires se creó el Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) que trasladó a los municipios la gobernanza del primer nivel de atención. Sin embargo se atribuye que esta descentralización fue en respuesta a las propuestas de la OMS, de la Declaración de Alma-Ata de 1978, ya que el presupuesto destinado a la salud pública fue drásticamente reducido durante la dictadura (Scaglia, 2012) y no se transfirieron los recursos correspondientes a los municipios (Medina & Narodowski, 2015; Scaglia, 2012). También, la dictadura militar derogó de facto la ley nacional que había sido impulsada por el gobierno peronista en 1974 para un Sistema Nacional Integrado de Salud.

En 1983, el gobernador electo de la provincia, Armendáriz designó como ministro de salud a Pascual Astigueta, quién siguiendo el espíritu de época (con fuerte impacto de la conferencia de Alma-Ata y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, de 1986) creó el plan Muñiz. La ley provincial 10.142²⁶ de febrero de 1984 –originada en un proyecto ingresado seis días después de recuperada la democracia– facultó al gobierno a realizar convenios con los municipios para que le transfirieran a la provincia los centros de salud, aquellos que habían sido descentralizados por obra del decreto-ley de facto 9.347 del año 1979.

²⁶ <https://normas.gba.gob.ar/documentos/BLqbvTMV.pdf>

El plan Muñiz también contemplaba la conformación de *“un equipo de salud con una planta tipo compuesta por dos médicos pediatras, dos clínicos, dos odontólogos, dos trabajadores sociales, dos enfermeros, dos administrativos y una mucama”*. Un equipo así era considerado adecuado para *“actuar en un área de acción de aproximadamente 5.000 personas y con una dispersión geográfica de 40 manzanas”*(Medina & Narodowski, 2015).

Además, el plan de Astigueta acompañaba políticamente al ministro de salud de la Nación, Aldo Neri, en crear el Seguro Nacional de Salud, éste se impulsó en 1984 sin éxito de sanción de ley, y si bien la ley fue sancionada en 1988 luego de importantes cambios, nunca fue reglamentada (Tobar, 2012). Recordemos que Brasil para ese año logra sancionar y dar inicio al Sistema Único de Salud, desde entonces presente aunque con fuertes embestidas en su trayectoria.

En la literatura consultada, no encontramos referencias a formas de institucionalización de la participación social en el plan Muñiz.

En el 87 Antonio Cafiero gana la gobernación de la provincia. Floreal Ferrara asume como ministro de Salud entre diciembre de 1987 y julio de 1988 y crea el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria (ATAMDOS) que según el propio Ferrara, venía a completar la obra de Ramón Carrillo. Se proponía un eje horizontal: la atención primaria con los ATAMDOS; y un eje vertical: una red con hospitales, el SIAPROS. El ATAMDOS proponía equipos de salud yendo a las casas de familias nominalizadas. El equipo se conformaba por un médico, un enfermero, un trabajador de la salud mental, un trabajador social, un bioquímico, y cada dos equipos: un odontólogo y un administrativo—. Cada equipo se ocupaba de 300 familias dentro de un área definida. Las y los profesionales tenían una remuneración equivalente al sueldo del ministro provincial y dedicación exclusiva. Se hicieron unos 900 nombramientos. El programa era descentralizado con financiamiento de la provincia según cumplimiento de metas (Codagnone & Mariano, 2020).

Según Maristella Svampa (2010), *“lo que empezó siendo una inusual*

experiencia de descentralización en relación con la atención primaria de salud, terminó por ser el punto de partida de una innovadora experiencia de participación, que de algún modo prefigura el modelo de funcionamiento asambleario del actual tejido socio-organizativo popular. No es casual entonces que, para un conjunto de discípulos de Ferrara y especialistas de la salud, el ATAMDOS sea reivindicado como una pieza importante dentro de un imaginario político transformador” (Svampa, 2010, p. 12).

Sin embargo, el ATAMDOS recibió fuertes críticas. Ferrara, por su parte, mantenía un altísimo perfil público y expresaba abiertamente su condena moral a quienes resistían su política: “*¿Dónde estuvieron las dificultades? Y... ¡hubo millones de dificultades! Tuve grandes dificultades con los radicales, con los curas, los pastores evangélicos. ¿Por qué? Porque sintieron que les robábamos poder*” (Svampa, 2010, p. 110). También destacó que hubo fuertes resistencias dentro del propio sistema de salud, como por ejemplo los hospitales pedían mantener su centralidad e influían en los espacios de decisiones, al igual que los laboratorios de medicamentos que veían alterados sus mecanismos de reintegro. Con el poder local también, según Medina en algunos municipios hubo tensiones: “*«los ATAMDOS» hicieron una marcha al municipio en reclamo de saneamiento ambiental y los metieron a todos presos...Ferrara encendía las praderas con su discurso, era muy potente, pero necesitaba que alguien viniera atrás e hiciera los acuerdos (Medina)*” (Codagnone & Mariano, 2020).

En relación a la participación social en salud, ésta era un pilar fundamental en ATAMDOS, y como vimos en el apartado anterior, se la llamaba participación popular. En el poco tiempo que duró el programa afianzó vínculos comunitarios; sin embargo la participación de actores “pares”, como funcionarios municipales, con diferentes concepciones, para consensuar los lineamientos del programa, no parecería haber estado presente. Flor Codagnone y Mariano Fontela (2020) comparten en su publicación los dichos de Sergio Del Prete (2020): “*Floreal era muy poco conciliador en sus estrategias. Él le metía pata. Los ATAMDOS dependían de la provincia y estaban medio desintegrados de la lógica municipal. Los*

intendentes lo veían como que les metía una cosa externa, que era una posibilidad, pero lo tenían que adaptar a su sistema, lo cual no les resultaba sencillo. Tampoco estaba muy claro si la provincia iba a seguir desarrollando sus propias estructuras.... El 85% de la plata se la llevan los hospitales: son la vedette, y la atención primaria la Cenicienta. El modelo era y es muy hospitalocéntrico. Haber descentralizado la atención primaria es haber perdido votos de injerencia en la provincia sobre la atención municipal en ese primer nivel.” (Codagnone & Mariano, 2020).

La participación popular en salud en ATAMDOS

Devoto (2013) define los ATAMDOS como *“pequeñas unidades de la salud participativa” (Devoto, 2013, p. 2)*. Podemos decir que en ATAMDOS la definición propuesta de participación estaba influenciada por las definiciones de los sanitaristas de los 70 que impulsaban la concepción de Atención Primaria Integral (API) para el mundo dependiente, incluida América Latina. Uno de los aportes más reconocidos es la de Muller (1981) quien a fines de los setenta y refiriéndose a la situación regional, aportó a la conceptualización de la PS enfatizando: *“De Kadt (1976), al igual que Molina, ve la participación como el control compartido entre población y sistema formal de salud, lo cual presupone la reducción previa de las desigualdades y una redistribución del poder, también dentro el sistema de salud. A nuestro modo de ver, la participación no es precedida por, sino es una redistribución del poder”.* (Muller, 1981, p. 24) Es decir enuncia a la PS como el mecanismo para cambiar las lógicas de poder.

Esta definición, como vimos en el apartado anterior, se propone como un medio idóneo para orientar la transformación social a partir de lo local, concepción dominante en la política de los 70 en Latinoamérica (con gran influencia emancipadora de Fals Borda). El ideal de participación popular del proyecto emancipador existente para ese entonces en América Latina, pudo concretizarse por unos meses en ATAMDOS, gracias a “las condiciones de Floreal Ferrara”: constructor de mística, profesor, valiente,

sanguíneo, decisivo, entre otras. Sin embargo, consideramos que las condiciones de contexto, que contribuyen a reproducir las formas de relacionarse entre todos los actores del sistema (incluyendo a las formas que habitan en la “comunidad”), no fueron abordadas con estrategias políticas que generasen las condiciones para que se horizontalice el poder. Volveremos sobre esta conclusión con los aportes de esta tesis en los próximos capítulos.

Adelantamos que si la participación en salud, es reducida a “la popular”, expresa segmentación de clases y por lo tanto nos permite observar una concepción asimétrica del ejercicio de la participación: unos la ejercen, “los populares” y otros velan porque dicho ejercicio tenga lugar en un contexto de dominación, y al hacer esta distinción, los roles de los funcionarios reproducen el sistema asimétrico que se pretende transformar. La participación, en su ideal, en este caso fue considerada como medio de transformación para garantizar derechos a la salud; sin embargo desde una mirada epistemológica creemos que fue considerada un objeto, que debía ser cuidado por un funcionario.

Creemos que el marco teórico que aplicaremos en un próximo capítulo con analogías históricas, aportará a comprender como la consecuencia (construcción de una política pública que habilita la participación ciudadana) condiciona a la vez el nivel más básico (la interacción entre personas) donde se construye la política pública y viceversa.

III.b En los 90: Programas formulados en la etapa neoliberal

En 1994, volverían nuevamente al ámbito municipal, los 103 centros de salud pertenecientes al Plan Muñiz, junto con su personal, bienes muebles e inmuebles (ley provincial 11.554²⁷) (Codagnone & Mariano, 2020). Se incorporan a los recursos de coparticipación las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios (Chiara et

²⁷ <https://normas.gba.gob.ar/documentos/087NgFmV.pdf>

al., 2009), sin embargo, el perfil prestacional a garantizar no fue establecido, por lo que la descentralización en definitiva generó fragmentación, diversidad entre los municipios y un desentendimiento por parte de la provincia del primer nivel de atención (Chiara et al., 2009, 2012).

En la concepción de cómo instalar un Estado de derecho, Gastao Wagner de Sousa Campos en su libro refiere que *“es inapropiado considerar un estado capitalista como nada más que una gran “conspiración” para la explotación de los trabajadores”* y refiere que tanto Gramsci como Harvey destacaron el papel de las concesiones de derecho a los trabajadores que hace el Estado pero manteniendo que una clase dominante preserve su hegemonía en la esfera política (Campos et al., 2017, p. 38).

A partir de los 90, las transformaciones del capitalismo mundial condujeron a movimientos de privatización y a la desregulación de la vida privada social y económica. Así, la redemocratización vino acompañada de pauperización de extensas franjas de la sociedad civil. Y la pregunta central es cómo hacer factible un régimen de democracia en un cuadro de miseria generalizada, cómo fue el que se instaló en América Latina. Siguiendo a Wagner de Sousa Campos, esto puede pensarse en términos de la tensión existente entre la división del Estado y el mercado y el rol regulador del Estado sobre el mercado, en general y en particular en el campo de la salud. Europa logra desmercantilizar parcialmente la sociedad y controlar socialmente el capital para frenar el avance irracional del capital en los 90 y así poder crear el Estado de Bienestar social europeo. La historia reciente de América Latina es bien diferente. Las luchas populares fueron desarmadas por golpes de estado desde 1950-1980, luego entre el 80 y el 90 los años fueron marcados por bajo crecimiento y aumento de la desigualdad y en la década de los 90, la “década vendida”, el crecimiento económico es aún menor, con mayor apertura comercial con medidas impuestas por el Consejo de Washington²⁸. Las crisis de Estados de América Latina responden a lo

²⁸ El Consenso de Washington es un decálogo que sintetiza las principales reformas en materia de política económica que según su autor, John Williamson, debían adoptar los

que los científicos sociales mencionan como modelo neoliberal. El discurso legitimador del modelo neoliberal interpelaba al estado en cuanto a su ineficiencia y ponderaba los esfuerzos orientados hacia la racionalización del gasto público.

Se suceden así una serie de medidas desde organismos de crédito internacional (FMI, Banco Mundial y BID) con propuestas de reforma del sistema sanitario, implementada a partir de los intentos inacabados de desregulación del mercado de las obras sociales, los hospitales autogestionados, y los seguros públicos de salud como medidas racionalizadoras de la intervención estatal (Belmartino, 2005).

Frente a Estados pobres, limitados cada vez más para garantizar el derecho a la atención para todos los ciudadanos, la APS es redefinida bajo el enfoque comprensivo de recursos limitados, enfoque que detallamos más arriba como focalizado o selectivo. Para dar respuesta a una perspectiva racionalizadora de recursos, Scaglia (2012) remarca que *“la epidemiología [clínica] se erigió en la disciplina legitimadora de estas políticas, renegando de los principios de participación en la definición de los problemas por parte de la población, que orientaban la propuesta de Alma Ata”* (Scaglia, 2012, p. 75). Así, el enfoque de riesgo, se posiciona en las universidades y hospitales conformando la base de lo que se denomina Medicina Basada en la Evidencia. Esta se propone como la estrategia de discriminación positiva a los fines de focalizar la asignación de recursos y efficientizar el gasto en salud. Este enfoque es fuertemente impulsado por UNICEF y por el Banco Mundial, para el primer nivel de atención médica, focalizando el gasto a partir de la identificación de los grupos poblacionales más vulnerables. Surgen así los programas tendientes a promover, prevenir y asistir particularmente a los niños y a las mujeres, así como a poblaciones con identificación de factores de riesgo para contraer una enfermedad (diabetes, hipertensión, entre otros).

Actualmente, se discuten los criterios epidemiológicos biomédicos para

países de América Latina. Se trata de un paper presentado en una conferencia organizada por el Instituto de Economía Internacional en 1989, y que resume los principales acuerdos en esta materia por parte de los organismos financieros internacionales.

determinar prioridades de intervención por basarse en investigaciones centralizadas, con poca validez externa, fuertemente influenciada por intereses de la industria farmacéutica y cada vez más cuestionadas frente a nuevos análisis que incluyen los determinantes sociales (Pantell et al., 2013).²⁹ Pero es necesario destacar que desde su origen, ese enfoque epidemiológico, estuvo cuestionado por epidemiólogos latinoamericanos, reconocidos por impulsar la epidemiología social, que mediante procesos de investigación-acción participativa vienen proponiendo metodologías para problematizar, co-construir y co-gestionar con la comunidad, la priorización de acciones, el uso de los recursos disponibles y el esclarecimiento de los determinantes sociales de la salud (Breilh, 2008, 2021; Filho & De, 1997; Paim & Almeida Filho, 1998).

En los 90, sin embargo, el discurso en torno de los “temas de salud” de Alma ATA, es desplazado por el “de enfermedades”, el primero inicialmente respondía a las formulaciones de la APS desde un enfoque integral en la convicción de que el proceso salud/enfermedad/atención se constituye en un proceso social multideterminado, mientras que el segundo discurso se posiciona solamente en el modelo biomédico y se formulan programas focalizados para patologías con mayor carga de enfermedad³⁰ y por población en situación de riesgo (estadístico) de contraerlas. De esta manera se posiciona la hegemonía de un método “como evidencia” suficiente para determinar la costoeficiencia de los programas y validar, frente a recursos finitos, el concepto de APS selectiva (Guzmán, 2009).

Nos interesa remarcar este aspecto histórico en la “tensión entre epidemiologías”, porque tal como señala Menéndez en su crítica a la noción

²⁹ El trabajo de Pantell se publica en el 2013 y genera un cambio contundente entre epidemióloga/os pero no se logra instalar el debate entre clínica/os y cardióloga/os. El artículo señala que el riesgo de morir por colesterol elevado desaparece si se lo ajusta por la variable “vivir solo”. Es decir, el colesterol elevado deja de ser un factor independiente de riesgo de mortalidad. Es un marcador de riesgo pero no es causa. La indicación de estatinas (fármacos hipocolesterolemiantes) no tendría indicación para reducir un riesgo que no existe.

³⁰ La carga de morbilidad o carga de enfermedad es el efecto de la enfermedad en términos monetarios, de mortalidad y morbilidad, entre otros indicadores. Para sus mediciones, se suelen utilizar los indicadores de años de vida ajustados por calidad (AVAC) o años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

de riesgo (Menéndez, 2003), sobre la misma se han formulado las propuestas de promoción de la salud y es en las que se basan la mayor parte de las políticas hacia el sector. Creemos que los usos arraigados de esta categoría en los profesionales de salud, podrían dar cuenta de las características y el sentido respecto de cómo consideran y representan la participación de la comunidad en la APS, probablemente centrada más al cumplimiento de “estilos de vidas y adherencia a consejos médicos” antes que a una concepción emancipadora por proponer reflexiones y acciones colectivas sobre los modos de vida y los determinantes sociales de la salud.

Entre 1989 y 1999, durante la presidencia de Carlos Menem, Jorge Lemus fue el secretario de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social bajo la conducción de Alberto Mazza. Utilizamos la siguiente definición de participación comunitaria que se brinda en uno de los libros de Lemus (1998) por ser representativa de la conceptualización que dirige las acciones de participación de las políticas llevadas a cabo en esta etapa:

“El espíritu de autorresponsabilidad individual, familiar, comunitario y nacional es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la “salud para todos”. La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la APS. Así la participación comunitaria se define como una serie de actividades sencillas, que en ningún caso han de ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias esenciales de los individuos, de las familias y de la comunidad y a mejorar la calidad de vida.” (Lemus, 1998, p. 12)

Como subraya Menéndez, esta definición se incluye dentro de las propuestas neoliberales, que consideraron un tipo de participación centrado en el individuo y en la competencia del individuo para “*desarrollar libremente su propio destino*” como la alternativa más adecuada y “realista”. Colocaron el eje en la autorresponsabilidad personal, en la autonomía del sujeto, en la competencia entre las partes del sistema y tendieron a relegar la significación de las estructuras, de la organización social y del papel del Estado y de la sociedad civil (Menéndez, 1998). Es decir como un dispositivo socio-tecnológico de gobierno de las poblaciones

que se utiliza en las políticas que promueven la activación de los sujetos en la propia gestión de los riesgos sociales (de Marinis, 2017).

Vemos entonces que durante los 90, en los centros de salud del AMBA se instalaron una gran cantidad de programas del Ministerio de Salud de la Nación, selectivos, “verticales” y financiados por organismos internacionales³¹. Mencionamos sólo al PROMIN o Proyecto de Salud y Nutrición Materno Infantil, por ser reconocido en su intención de fortalecer la APS integral, tuvo un presupuesto total de U\$S 160 millones en la primera etapa que se desarrolló entre los años 1993 y 2001, la cual alcanzó a cubrir 22 municipios del AMBA. Fue financiado con recursos del Banco Mundial (BM) y considerado exitoso por el mismo banco. En el análisis de Magdalena Chiara (2005) desde la perspectiva de los actores locales de la implementación en el municipio Los Tilos, perteneciente al segundo cordón de AMBA, refiere que la gestión del programa como proceso político-técnico se enfrentó a la tensión resultante de la tradicional brecha existente entre lo ideado en su diseño y la implementación pero también a la tensión derivada del “Régimen Local de Implementación”, que define como *“el conjunto de condiciones que desde las distintas dimensiones (funcional, material y política) organizan los arreglos entre los participantes de la implementación de los programas a ese nivel”* (Chiara & Di Virgilio, 2005, p. 36). Si bien el PROMIN enunciaba la estrategia de atención primaria, la conformación de Sistemas Locales de Salud (SILOS) según Alma ATA y la participación social en la planificación, estos lineamientos se promovían desde altos niveles de centralización en el nivel nacional, mientras que el actor en el entramado del campo local era el intendente municipal. Para la estrategia de desconcentración de la gestión se crearon las Oficinas Regionales dependientes de la Unidad Ejecutora Provincial, de esta manera el gobierno provincial lograba protagonismo en la definición de las políticas

³¹ Otros programas financiados por el Banco Mundial: Programa para la Reforma del Sector Salud (PRESSAL), con el cual se impulsó el proyecto de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Programa Médico Obligatorio (PMO), Programa de Reconversión de las Obras Sociales, PROS; Programa de Reconversión del Sistema del Seguro de Salud, PRESSS; Programa de Atención Primaria de la Salud, PROAPS; Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades, VIGIA; Proyecto de Lucha contra el SIDA y ETS, LUSIDA.

del primer nivel de atención, sin embargo *“la estrategia municipal fue incorporar a la estructura municipal la organización prevista por el programa bajo la coordinación de una persona con atributos particulares: relación personal y de confianza con el intendente municipal...”* (Chiara & Di Virgilio, 2005, p. 162)

Muchos de estos programas financiados por el BID o BM, se enmarcan en lo que definimos más arriba como APS selectiva y APS médica en programas verticales con participación “pasiva” de la ciudadanía, por seguir los lineamientos de la OMS sobre la APS. Los mismos van cambiando en su espíritu, desde un modelo de autodeterminación de las comunidades a uno compasivo, influenciados cada vez más por financiadores internacionales que valoran la eficientización tecnocrática y biomédica de los recursos económicos destinados a la salud global.

Durante el gobierno provincial de Eduardo Duhalde (1992 – 1999) se crea también la red de “manzaneras” del Programa VIDA. El programa se proponía disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil a través de la distribución de raciones diarias de leche y otros alimentos. Las beneficiarias eran mujeres embarazadas y niños menores de seis años. La distribución se realizaba diariamente por trabajadoras vecinales, llamadas “manzaneras”; cada una de ellas estaba a cargo de cuatro manzanas mientras que las trabajadoras sociales, llamadas “comadres”, dependiente de la Secretaría de Salud, realizaban el seguimiento de embarazos de alto riesgo, distribuidas una cada ocho manzanas.

Se puede decir que en este programa había un proceso de elección de las manzaneras con participación del barrio, siendo uno de los criterios que ninguna de las mujeres elegidas podía ser miembro directivo de ninguna institución. Si bien las organizaciones barriales legitimaban la red de manzaneras en virtud del proceso de selección, progresivamente éstas fueron construyeron sus propias bases de legitimación a partir de la actividad asistencial que desarrollaban, y así fueron ganando grados de autonomía respecto de las organizaciones que las habían propuesto e incluso

ganaron poder al incorporarse en la disputa por el control territorial en el mismo nivel de actuación que el de las instituciones que las habían propuesto. Consideramos este cambio como un ejemplo de que participar en el hacer cotidiano, ese “*estar ahí*” es una condición y un mecanismo a la vez para empoderarse.

Consideramos a esta participación dentro de lo que Maria Teresa Sirvent, menciona sobre *participación real*, que es la que ocurre cuando los miembros de una institución o grupo de la sociedad, a través de sus acciones, inciden efectivamente en todos los procesos de la vida institucional y social y en la naturaleza de las decisiones lo que, implica ejercer una influencia real en el poder (Sirvent & Rigal, 2014). Es una participación como un medio de intereses o derechos sectoriales (Menéndez & Spinelli, 2006b). Es decir, es una concepción de la participación en salud definida desde los actores sociales que asisten al sistema de salud, y no desde el sistema de salud que los invita a participar dentro de los límites planificados a una participación meramente *simbólica* (Sirvent & Rigal, 2014). También, como menciona la literatura, es una participación que “se va de las manos” generando tensiones con las demandas que los equipos de salud no pueden responder (Scaglia et al., 2021). Una forma de facilitar procesos, mediar conflictos y pujas de poder inherentes a la participación real, son las metodologías de co-gestión y de investigación-acción participativa, que se encuentran muy poco referidas cuando se enuncia, en documentos y manuales de programas selectivos, sobre la APS.

III.c Posterior al 2001 hasta la actualidad: Programas formulados en la etapa posneoliberal.

En el período que se abre con posterioridad a la crisis del 2001 y particularmente a partir de 2003, se diseñan nuevos programas que se inscriben en un discurso empeñado en “recuperar” los principales postulados de la Atención Primaria entendida desde una perspectiva integral. El ministro de salud de la Nación durante 2002-2007, Ginés

Gonzalez Garcia, refería querer afirmar el carácter universal de la atención de la salud a partir del fortalecimiento del subsistema público. A tal fin, implementó el plan REMEDIAR (entrega gratuita de medicamentos en los centros de salud), considerado como el programa más emblemático en salud con que el primer gobierno de Néstor Kirchner inició su etapa. Posteriormente se implementó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de planificación familiar (entrega de profilácticos, colocación del DIU, métodos anticonceptivos, y consejería en los centros de salud). Ambos programas son actualmente de alcance nacional.

En el 2003 se adhiere a la estrategia de Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables impulsada por la OPS a partir de 1991, programa con una clara función comunitaria donde los gobernantes, las organizaciones locales, públicas y privadas, se comprometían a emprender un proceso de construcción económica, social, de preservación del ambiente y de construcción de salud colectiva, en pos de la mejor calidad de vida de la población. Argentina adhirió en el año 2003, a la iniciativa impulsada por la OMS y la OPS a través del Ministerio de Salud de la Nación, creando la Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, a través de la Resolución 246/03, programa del cual no encontramos en la literatura mediciones de impacto de acciones participativas sobre los determinantes sociales de la salud.

Entre el período 2003 – 2007, también se implementó a nivel nacional el Programa Médicos Comunitarios (PMC). Este programa tenía por objetivos la provisión y formación de recursos humanos en atención primaria de la salud. Se efectivizó a partir de la asignación de becas asistenciales para el desempeño en los centros de salud, de distintos cargos de trabajadores de la salud. El programa llegó a incorporar a más de 12000 profesionales. Las instancias de formación se ejecutaron mediante distintas facultades de medicina de las universidades del país que brindaban un Posgrado en Salud Social y Comunitaria. El rol de las universidades fue clave para el alcance del programa a nivel nacional ya que eran las encargadas de seleccionar los

docentes a cargo del dictado de las clases en cada jurisdicción. Esta descentralización daba lugar a una formación diversa en relación al concepto de APS.

Participación social en el Programa Médicos Comunitarios

Uno de los objetivos del programa versa: “Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad” (Comunitarios, 2005a, p. 119)

La formación en participación se iniciaba durante la capacitación a los trabajadores de salud. La formulación del programa del posgrado explicitaba el objetivo de *“lograr un sujeto crítico y reflexivo que problematice su realidad e intente transformarla”*; proponía revertir la formación acrítica y la práctica fuertemente normatizada y jerárquica; se ponderaba la importancia de un cambio “actitudinal” instando a *“salir del modelo médico hegemónico³² hospitalocéntrico para que los profesionales se acerquen y trabajen con la comunidad proponiendo acciones de promoción y prevención desde ella”* (Comunitarios, 2005b, p. 118).

Para la aprobación del postgrado, se requería la presentación de dos trabajos integradores: un análisis de situación de salud (ASIS) en el primer año y la formulación, implementación y evaluación de un proyecto comunitario al terminar el segundo año. Ambas instancias metodológicas

³² Utilizaremos la categoría de modelo médico hegemónico (MMH) para referirnos al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina conocida como científica, entendida como la única forma de atender y prevenir la enfermedad, legitimada por criterios científicos, políticos e ideológicos. A la hora de caracterizar el MMH mencionaremos los siguientes rasgos: biologismo, concepción positivista/evolucionista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud / enfermedad como mercancía, orientación curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa orientada hacia la eliminación de síntomas; relación asimétrica médico – paciente; subordinación social y técnica del paciente; concepción del paciente como portador de un saber equivocado, concepción del paciente como responsable de su enfermedad; participación subordinada de los “consumidores de acciones de salud”; exclusión del “consumidor” del saber médico; prevención no estructural; deslegitimación de otras prácticas; identificación ideológica con la “racionalidad científica”; tendencia a la medicalización; tendencia a inducir el consumismo médico; predominio de la cantidad sobre la calidad; tendencia a la escisión teoría práctica, y a la escisión práctica médica e investigación médica.

son herramientas que pueden ser realizadas con o sin participación en la planificación de actores comunitarios, en nuestra revisión bibliográfica no encontramos estudios que evalúen el tipo de participación comunitaria presentes en los trabajos presentados por los estudiantes del PMC.³³

En el año 2007, se implementó un segundo curso de posgrado de un año de duración, denominado “Metodología de la Investigación para la Salud Social y Comunitaria” para ofrecer la posibilidad continuar bajo el programa. Finalmente los becarios pudieron pasarse a algunos municipios, mediante la tercera etapa del programa, que intentó asegurar la continuidad de los mismos transfiriendo los fondos destinados al pago de las becas a dichos municipios, pero esto no ocurrió en todas las jurisdicciones. En relación a una investigación sobre la formación en PMC, se refiere: *“Los cursos y posgrados que brinda el PMC no alcanzan para tener en cuenta todos esos indicadores, falta preparación y no existe articulación alguna ni trabajo interdisciplinario, tampoco extrainstitucional, porque no hay estadísticas, no se puede articular con nación si no sabemos qué pasa en el municipio, no tenemos datos. No hay gente que se dedique a eso y Nación tampoco se acerca”* (Gonzalez, 2017, p. 123).

La falta de articulación y diálogo entre Nación y el Municipio en relación a cómo generar las condiciones para que se pudieran cumplir los objetivos del “trabajo en territorio” se expresa en la misma tesis: *“Desde lo que plantea el programa del trabajo en territorio, sólo hacemos charlas en las escuelas, a veces con los agentes sanitarios, pero en realidad nos acercamos para la asistencia cuando el problema de salud ya está instalado, uno pone el ojo, en determinadas cosas o no. El programa me parece que esta re bueno todo*

³³ La estrategia de búsqueda en Pubmed para encontrar trabajos sobre participación social, comunitaria o ciudadana incluyó los siguientes términos (en inglés y en castellano): (“citizen participation” [Title/Abstract] OR “citizens’ juries” [Title/Abstract] OR “community engagement” [Title/Abstract] OR “citizens’ juries” [Title/Abstract]) AND Review[ptyp] OR (deliberation[Title/Abstract] OR “policy” [MeSH Terms] OR “health policy” [Title/Abstract]). Adicionalmente, se rastrearon mediante el buscador Google informes técnicos que incluyeran una revisión de la literatura sobre participación de la ciudadanía en salud empleando los términos *citizen participation*, *citizens’ juries*, *community engagement* y su combinación con *health policy*, *deliberation* y *technical reports*. Finalmente estos términos en castellano se buscaron también en google scholar en relación al PMC.

lo que plantea, después es muy difícil llevarlo a cabo, cada municipio usa el programa como un parche, sería distinto si cada municipio lo implementa como baja desde nación” (Gonzalez, 2017, p. 121).

Las investigaciones de Magdalena Chiara (2018) nos brindan información de interés respecto de las condiciones político económicas en que se desarrolló la gestión local de la salud en los municipios del conurbano bonaerense. Estos trabajos analizan las condiciones históricas de emergencia de la salud en la agenda local a partir de los procesos de descentralización del sistema de salud y la fragmentación y heterogeneidad que caracteriza la gestión de la salud actualmente en estos distritos (Chiara, 2001; Chiara et al., 2012).

Este es un período de tensión explícita sobre la participación en salud: por un lado porque su gobernanza se ve influenciada, cada vez más, por el fenómeno de la globalización (salud global y salud planetaria) que financia el ingreso al campo de la gestión de la participación social a nuevos actores de la sociedad civil (ONG internacionales vinculadas con ONG nacionales y movimientos sociales) y por otro lado, por un debilitamiento del control estatal para darle lugar a la participación ciudadana. Esta dificultad de las políticas estatales se observa tanto en aquellos programas que se embanderaban con los principios de la APS integral (Médicos Comunitarios - Gines Gonzalez García) como por aquellos que introducen los gobiernos liberales como Cobertura Única en Salud (CUS - Jorge Lemus y posteriormente Adolfo Rubinstein).

Participación social impulsada por los municipios del AMBA: el caso de Pilar

Es imposible realizar una descripción de los múltiples trabajos que existen sobre participación en salud en el AMBA por lo que seleccionamos uno en particular que nos permite analizar la tensión descrita anteriormente a nivel local en un centro de salud de un municipio del AMBA. En la investigación de Cintia A. Cejas, (2004) se relata que fue decisión del gobierno municipal frente a la crisis del 2001 crear, por decreto, los “Consejos Locales de Salud

en el Municipio de Pilar” siendo *“el objetivo de dicha iniciativa municipal de fortalecimiento de la atención primaria a través de la participación de la comunidad”* (Cejas 2004: 3). El Consejo se dividió funcionalmente en 3 subcomisiones de trabajo: subcomisión de recaudación de fondos y organización de eventos, subcomisión de relaciones institucionales y subcomisión de medicamentos. Las subcomisiones se distribuyen las tareas para afrontar los diferentes problemas que tiene el centro como ser la falta de insumos, medicamentos y para colaborar en la gestión del mismo. Según refiere *“esta iniciativa fue promovida por la Municipalidad de Pilar, pero en el caso particular del Centro de Salud “Manuel Alberti”, también gracias al involucramiento del Grupo Pro-Ayuda del Tortugas Country Club conformado por mujeres que realizan tareas filantrópicas en la comunidad de Alberti”*. (Cejas 2004: 5)

El proceso de conformación de estos consejos comenzó con la convocatoria de asambleas barriales, y terminó conformado por 11 integrantes (La Coordinadora del Centro de Salud - Un miembro del Centro - Un miembro de Cáritas - Un miembro de la Asociación Amigos del Pilar - Un miembro del Centro de Jubilados y Pensionados del barrio - Seis vecinos de cada uno de los barrios que integran M. Alberti no nucleados en ninguna asociación civil ni partidaria incluyendo un miembro del Grupo Pro Ayuda del Tortugas Country Club).

A juzgar por las dependencias de las persona, podemos decir que primaba la participación en el Consejo de Salud de personas que no se atendían en el centro de salud, que el objetivo parecería ser ayudar, con aportes privados y acciones voluntarias, a cubrir las necesidades del centro de salud; función que el Estado no podía asumir justificándose en la crisis que atravesaba el país. La forma en que se llevó a cabo el Consejo de Salud es también reflejo de un “móvil” compasivo frente a la crisis, sin existir en el texto referencia a una participación social que reflexione en revertir los condicionantes que llevan a la desigualdad. También el artículo refiere *“la carencia de un concepto claro de participación social o bien la ausencia de una “conciencia participativa” en esta población fue un obstáculo al momento*

de conformar el Consejo” (Cejas 2004: 6). Las definiciones y proceso para determinar “tener o no conciencia participativa” no se encuentran descritas en la metodología de la investigación por lo que no queda claro su uso, lo que daría espacio a una interpretación moral de la categoría. Otra característica de la APS compasiva es la formación de agentes de salud voluntarios. Esta fue una actividad del Consejo, con enfoque biomédico “una búsqueda activa de pacientes en los comedores zonales, para lo cual miden y pesan a esta población detectando pacientes en estado de desnutrición a quienes inmediatamente les dan un turno con un médico del Centro, para que sea asistido. Además, colaboran con el Plan de Vacunación” (Cejas-CIPPEC, 2004, p. 8).

El consejo se percibió ajeno al barrio y con rol de educar a “la gente”: *“Con el objetivo de promover la salud, el Consejo “salió al barrio” proponiendo una serie de actividades destinadas a colaborar en la educación sanitaria de la gente, a través de la difusión de pautas saludables las cuales pueden cambiar o modificar hábitos de vida”.* (Cejas 2004: 6) Por último el artículo parecería recaer en la crítica de “culpabilizar” a los asistentes frente a la baja asistencia a la formación como agentes de salud antes que debatir reflexivamente con ellos los motivos de deserción: *“Inicialmente 46 personas asistieron a los cursos de formación, sin embargo, actualmente sólo 3 personas continúan en esta labor, lo cual evidencia otra vez la carencia de una conciencia participativa sustentable en esta comunidad”* (Cejas-CIPPEC, 2004, p. 7).

La tensión parecería entonces observarse en la concepción del *para qué* de la participación, en la representación de la “conciencia participativa” de los funcionarios, que invita, ya sea de manera unidireccionalmente a prevenir la enfermedad o que genera interacciones bidireccionales con escucha y acompañamiento de las dinámicas complejas en temas de salud. Vazquez (2002: 9) expresa esta tensión en su artículo *“En general, las políticas orientadas a fomentar la participación de la sociedad en cuestiones vinculadas a los servicios de salud han sido iniciativas promovidas por las propias instituciones más que respuestas de éstas a una demanda popular*

organizada en este sentido. Es por ello que para que el derecho de participación que se le otorga a la población se haga efectivo las instituciones sanitarias deberán proporcionar ciertas facilidades y herramientas a los ciudadanos interesados” (Vázquez et al., 2002).

¿Cuáles serían entonces esas maneras de hacer, esos modos de pensar y de decidir en común sobre los asuntos comunes? En el centro de los estudios de Fernandez Savater (2020) también se menciona a la asamblea general y soberana como la forma organizativa clásica de la autonomía, como espacio abierto de participación y procedimiento horizontal de toma de decisiones (Fernández-Savater, 2020); y también concluye, en un capítulo de un libro (2016) que *“podría decirse que la asamblea general y soberana sigue siendo uno de los principales recursos que echan mano las prácticas autonomistas (a nivel masivo o micro), con el propósito de intentar sustraerse a los males bien conocidos de la representación política (privatización de la decisión, concentración del poder, delegación) y ejercer ya otra democracia y otra política (en primera persona, igualitaria, participada). Lo que se trata de pensar (de empezar a pensar) es si la asamblea general y soberana es una “forma” adecuada para la autoorganización (Pérez Royo et al., 2016, p. 243).* Nos preguntamos, ¿Cuál sería el punto crítico que mantiene el poder de decisión a las personas que habitan y conocen las situaciones que componen la vida social y recibe el saber del cuerpo profesionalizado de especialistas que co-gestiona la realidad desde un punto exterior de manera articulada, sin dominación.? En el capítulo 3, vemos el concepto sistémico de poder, explicando el punto de criticidad del sistema.

IV. La participación ciudadana en salud en tanto fuerza de cuidado: “nada de nosotros sin nosotros”.

Por un lado, retomamos en este apartado la pregunta que abre tácitamente el párrafo mencionado anteriormente de Vazquez (2002) sobre ¿que es “*tener conciencia participativa*”? y si ¿existen ciudadanas y ciudadanos interesados en participar de la salud comunitaria más allá de su beneficio

individual al hacerlo? En este planteo, la centralidad no estaría en el sistema de salud, interesado en que una comunidad participe en reproducir los saberes hegemónicos, sino más bien en brindar “*facilidades y herramientas*” desde el centro de salud para que los procesos que subyacen en esa comunidad se habiliten y se expresen. Procesos que podrían construir o remediar la salud, con las habilidades y saberes en los encuentros, potenciados con los recursos que el Estado pudiera proporcionar a cada particular, según sean las acciones deliberadas en un proceso participativo.

Por otro lado, es necesario enunciar que el término cuidado es polisémico y multidimensional, no existiendo consenso ni univocidad en su definición, aquí consideramos que la concepción de cuidado, es en sí una apreciación sistémica porque lo que subyace es el concepto de individuo dependiente, uno que necesitaría ser cuidado y cuidarse a sí mismo, lo que ocurre en una serie de actividades y relaciones que sostienen la vida a diario y que implican la interdependencia. Para Carmona Gallego (2020) se abre la posibilidad de pensar al cuidado en tanto paradigma socioecológico, que designa la fragilidad de toda existencia y la necesidad de sostenerla mediante múltiples recursos y redes: afectivas y materiales (Carmona Gallego, 2020).

En las últimas dos décadas, “el cuidado” se convirtió en un lugar central para la investigación, especialmente desde el feminismo y los estudios de género. Numerosas monografías han puesto de manifiesto la riqueza de esta exploración (Gilligan & Utrilla, 1994; Paiva et al., 2018b). En esta perspectiva ampliada emerge la cuestión del cuidado comunitario. Con frecuencia, el cuidado remite a la casa y a lo privado. Cuando se realiza en el Estado o en el mercado solemos hablar de servicios de atención. Hablar de lo comunitario en el cuidado hace visible el carácter cooperativo que puede presentar y arroja luz sobre actividades que tienden a desdibujarse. “*Apropiarse de la capacidad para cuidar es una forma para valorar la vida colectiva ...creando comunidades para las que la atención no es una cuestión menor, sino algo que entrelaza la vida en común*” (Velazco & Varela-Huerta, 2022, p. 7).

Para Berman (2001) las personas que no cuentan con una *conciencia participativa* son aquellas que perpetúan los paradigmas hegemónicos vigentes (Berman et al., 1987) en espacios donde según Perlo (2020) se establece un proceso de adoctrinamiento y no se produce un intercambio, sino un vínculo de única dirección entre alguien que concede un saber y alguien que pasivamente lo recepciona. Esta linealidad supone la administración de ciertos recursos de parte del portador del saber que se impondrían a través de exigencias, control, premios y castigos. (C. L. Perlo, 2020). La misma autora describe algunas de las características que estarían presentes en quienes sí poseen una conciencia participativa, serían aquellas personas que proponen “*conversaciones productivas y procesos de diálogo generativo de significados, hablar cuidadoso implica el respeto por la diferencia y la suspensión de los juicios que requiere tomar conciencia y observar nuestros pensamientos y sentimientos. La escucha supone dos instancias, en primer lugar, escucharnos a nosotros mismos y en segundo, escuchar al otro*” (C. L. Perlo, 2020, p. 16).

Buraschi y col. (2019) describen a las “*personas participantes*” como aquellas con cualidad dialógica, que *a partir de la percepción de la propia competencia, reconstruyen la conexión con los otros y restablecen una interacción positiva, esto lleva a la propia transformación personal, relacional y social porque permite una apertura auténtica a la alteridad*” (Buraschi et al., 2019, p. 6). El ofrecimiento mutuo a la palabra, a la escucha atenta de la otra persona, es aquello que hace posible una transformación basada en el reconocimiento, ese acto humano sería base de la creación de estructuras dialógicas que promuevan el diálogo y la trascendencia no violenta de los conflictos (Galtung, 2000).

De estos aportes, nos pareció valioso crear la categoría de “andamiaje dialógico” como una propiedad de una participación generativa, y que podría estar presente si los actores de las escenas que describimos en la tesis, invitan a la co-construcción de nuevos significados en la trama relacional que ocurre durante las interacciones. Dentro de esas características, observamos si el diálogo de los momentos participativos

genera “entreversiones” (Najmanovich, 2021), si es una conversación aparece el aprendizaje, el encuentro, la diversión de lo creativo; si un actor interviene sólo para lograr algo, para avanzar en proyectos propios, en ese caso no tiene en cuenta a los otros porque esos proyectos no han sido creados en una conversación con otros. También reconocer que la conversación sólo nace a partir de la diversidad y vive en el desacuerdo de miradas que dan movimiento al pensamiento colectivo (Llamazares, 2013). En palabras de Perlo (2020), éstas serían personas “*con la conciencia de ser parte de una trama indivisa que nos sostiene en un todo fuertemente interconectado*” (C. L. Perlo, 2020, p. 16).

Si bien lo anterior nos resuena fuertemente para el marco de esta tesis, son pocas las investigaciones que den cuenta de procesos participativos comunitarios en salud (Chiara & Di Virgilio, 2005; Pagnamento, 2017a, 2017b), institucionalizados por el Estado, dónde mediante dispositivos dialógicos o de facilitación se evidencie la frase de Perlo (2020), la cual sostiene que “*de este modo se impulsa la autonomía en interdependencia con otros. Se trabaja sobre un vacío, que no implica ausencia, sino fertilidad, simiente de la novedad que requerirá de la búsqueda, el asombro, reconocerse y reconocer al otro en el proceso de conocimiento, que será en cualquier caso construcción en colaboración. De este modo, el saber emerge en un proceso fecundo de co-inspiración con el otro y no de determinación. La imaginación y la creatividad constituyen los principales nutrientes de este proceso*”. (C. L. Perlo, 2020, p. 19).

Buraschi y col. (2022) describen el Enfoque Dialógico Transformativo (EDT) como una herramienta útil para favorecer la participación de la ciudadanía desde una perspectiva democrática que promueva la justicia social y la igualdad de las personas (Buraschi & Oldano, 2022) y refieren (2019) que con *este enfoque, que pone en valor la dimensión relacional sería un mecanismo que evite la reproducción de esquemas de dominación presentes en nuestra sociedad* (Buraschi et al., 2019, p. 3). No encontramos investigaciones en las que los autores apoyan sus conclusiones, éstas parecerían emerger principalmente de un proceso de reflexión de

experiencia en diálogo con los aportes de Paulo Freire y otros autores que mencionan. Sin embargo, consideramos ese aporte de valor para dar soporte a la hipótesis de que la participación ciudadana permitiría revertir la violencia si las políticas públicas institucionalizaran la dimensión estructural y relacional de la participación.

En el nivel estatal, el encuadre de la participación ciudadana, como fuerza de la igualdad de derechos que ejerce el Estado al instalar la gobernanza ciudadana de las políticas públicas, es aportado por Celia Almeida (Almeida, 2002); la evidencia sobre el ejercicio del derecho a la salud en la accesibilidad a la atención, lo aporta Romina Solitario y Alicia Stolkiner (Solitario et al., 2008) y la construcción de ámbitos de encuentro en igualdad con otros para la construcción de entre-saberes, es subrayada por Ranciere (Ranciere, 2012) y por Iriart (Iriart, 2022).

Por otro lado, vemos en los aportes de autoras sociales como Anne-Emanuelle Birn (Birn 2011) y Belen Herrero (Herrero & Nascimento, 2020) una descripción histórica y geopolítica de las fuerzas globales. Estas fuerzas las analizamos, en capítulos siguientes, como pertenecientes al metacontexto (fuerzas del mercado corporativo global) desde donde subordinan las formas de relacionarse y participar que se han construido en el desarrollo de los niveles estructurales previos (comunitarias, gregarias, estatales, civiles sociales) del sistema (Samaja, 2004b) y que inhibirían la posibilidad de cuidado (Velazco & Varela-Huerta, 2022).

En relación a antecedentes más recientes, tanto de sus desarrollos teóricos como de investigaciones sobre el cuidado como praxis eco-comunitaria, de su lugar en la prevención y promoción de la salud, mencionamos a la perspectiva de la salutogénesis y activos en salud (Lindström & Eriksson, 2005; Paiva et al., 2018b, 2018a), el enfoque de cuidado en lugar del de riesgo (Lindström & Eriksson, 2005; Paiva et al., 2018b, 2018a) y la perspectiva de género en la salud comunitaria (Artazcoz et al., 2018).

Remarcamos que en esta tesis nos interesa conocer los condicionantes que influyen en institucionalizar una participación con una matriz de cuidado comunitario, generativa, de actividad poética, donde no hay un origen sino

una creación continua. Construcción que se perpetúa sin un dueño, ni jefe, ni patrón, en una estética cambiante en su forma, que no reproduce un lugar desde donde ejercer el dominio.

Estas concepciones biocéntricas, es decir a favor del cuidado de la vida en procesos participativos, según Ugarte (1987) no se podrían dar desde un Estado poco flexible, porque la acción política que despierta esa conciencia participativa es disruptiva al poder que domina (Ugalde, 1987). Por eso creemos, que en primer lugar se requerirían crear dispositivos internos en las estructuras rígidas de las instituciones que habiliten los procesos de nuevas formas. Punto que observaremos si está presente en el caso de estudio. Ugalde (1987) comenta, en referencia al trabajo de Heggenhougen, *el trágico y violento fin de muchos promotores de salud cuando el proyecto Chimaltenango comenzó a despertar la conciencia política por fuera de sus propios límites* (Ugalde, 1987) (Menéndez & Spinelli, 2006b, p. 29).

Entonces, para muchos autores las concepciones biocéntricas, son idealización porque no resuelven de base el tema del poder, tienen lugar frente a necesidades de cooperación para el cuidado de la vida que el Estado no puede abarcar, pertenecen a las definiciones de participación comunitaria porque surgen en el seno mismo de la comunidad y nunca se piensan por fuera de ella (Pérez Royo et al., 2016; C. Perlo, 2011; C. L. Perlo & Carmona Gallego, 2022). Desde el Estado parecería no existir una manera conducente de esa conciencia política que se despierta, para que de alguna manera pueda, potenciar la democracia.

El desafío es, cómo hacer una apuesta democrática que no tenga que plantearse necesariamente contra o al margen del Estado. Partiendo de ensayos que ya existen y nos invitan a pensar alternativas sin idealizarlas, creemos que en los tiempos que corren merece la pena abrir espacios de reflexión en esta dirección, también institucionalizados dentro de las políticas públicas. En ese sentido, reflexionar sobre la perspectiva de la ética del cuidado nos permite colocar en primera plana el carácter social e interdependiente del ser humano, contribuyendo a desmontar el ideario de sujeto fundante de la modernidad: un sujeto racional, aislado, desprovisto de

afectos y de relaciones que lo constituyen y le permiten sostenerse, competitivo, independiente, productivo. etc.

Es una obviedad el hecho de que sin el otro no podemos sostener nuestras vidas, pero comprender al cuidado como un modo de relación bilateral con el otro y en interdependencia con el tejido ligado al cuidado de la vida, es en términos de Suely Rolnik (2019) descolonizar nuestro inconsciente para que ese otro no sea “cafisheado”, ni utilizado, en el sostén de nuestro bienestar (Rolnik, 2019a).

Por otro lado, ante los valores propios de nuestras sociedades, el cuidado aparece como un asunto de minorías y de poco valor por lo que se requiere que los programas de salud entramen conceptos de cuidado, interdependencia, comunidad, singularidad y potenciación en la construcción del nosotros. Requieren, siguiendo a Najmanovich (2017), que se trate de concebir a los otros como condición de posibilidad y no solo como fuente de hostilidad (el otro sólo como enemigo). De esta manera, para construir políticas públicas con esta perspectiva, más que aplicar fórmulas predefinidas para evaluar una situación, se propone adentrarse en la misma y considerar, según Najmanovich (2017), que cuidar no es “hacer el bien” (postura moral del cuidado), sino potenciarnos mutuamente, “hacer sinergia” (postura ética del cuidado). *“Nada está dado a priori, ni en abstracto, todo fluye al ritmo de los encuentros y de la comprensión que tenemos de nuestra existencia necesariamente común* (Najmanovich, 2017, p. 30).

Nadie conoce mejor qué necesita y desea en términos de cuidado, que los mismos beneficiarios de una política pública, por lo que las investigaciones cualitativas de las ciencias sociales son fundamentales antes de pensar un programa de salud. De allí una expresión de sentido que hoy, por su necesidad, prolifera cada vez más: *“nada sobre nosotres sin nosotres”*.

Finalmente, consideramos que el término cuidado le devuelve a la

comunidad la centralidad, y creamos el término de “*salutogenistas*”³⁴ para aquellas personas participantes de un *proceso de cuidado* (de la salud-enfermedad-atención-remediación), es decir le aplica a aquellas personas que presenten las características descritas anteriormente como personas participantes y en la trama del cuidado. Intentamos analizar la presencia de estas características en los funcionarios de salud de las escenas que describe la tesis y determinar si son condicionantes de crear los espacios, las formas y los símbolos donde ocurriría la expresión de la participación ciudadana en salud, la única participación real si el Estado pretende velar por el derecho a la salud, “*porque no existe una salud comunidad y otra salud de otro tipo, no existe salud sin comunidad, estamos volviendo a comprenderlo y volviendo a la comunidad*” (Claudia Perlo en notas de reflexión de la tesis con Claudia Perlo, 3/05/23).

V. Participación y Poder

Volviendo al “mundo dado actual”: antropocéntrico, tanático, patriarcal, hegemónico, verticalista y violento; reproducido por cada una y uno de nosotros en algún momento de nuestras interacciones, es esperable, como refieren Buraschi y col. (2019) que institucionalizar la participación de la comunidad se encuentre con dificultades tales como: a) la resistencia de compartir el poder por ver cuestionadas las relaciones de clientelismo y/o sumisión; b) la tradicional subestimación de los conocimientos y capacidades de la ciudadanía, c) el predominio, en la administración y en la mayoría de las instituciones, de una cultura organizativa formal, vertical, jerárquica e incluso autoritaria, poco permeable a la participación popular y al diálogo; d) la presencia de una visión excesivamente cortoplacista y basada en un criterio de costo-beneficio, que dificulta la necesaria inversión en recursos y tiempo para promover un proceso de participación social (Buraschi et al., 2019).

³⁴Mónica Schpilberg, docente del curso “*Cuidado integral y salutogenesis*” (del Hospital Italiano de Buenos Aires) aportó el nuevo término para enunciar la formación de “salutogenistas”. A juicio de la IA consultada, el mismo no se encuentra creado.

Esta utopía, se encuentra en parte referida por Menéndez (1998: 9): *“La PS supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación en términos de cohesión y/o de consenso; la inclusión participativa supondría cuestionar la manipulación y la cooptación. La PS posibilitaría el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeto y de grupo, aunque esto incluya reconocer la existencia de orientaciones radicalmente diferentes en las concepciones de PS. En fin, la PS cuestionaría la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones, o por lo menos de determinadas formas de verticalidad.”* (Menéndez, 1998, p. 9).

A pesar de esos antecedentes negativos, en la hipótesis de esta tesis sostenemos que la participación ciudadana es una condición para el cuidado, y el desarrollo de la autonomía. Bajo el supuesto de que las políticas que se propongan mejorar las condiciones de vida se destinen a institucionalizarla, revertiría la violencia que habita en todo el sistema; lo haría porque las interacciones sociales podrían darse en un contexto (creado por políticas públicas) facilitante de la igualdad de expresión de las subjetividades y de esta manera, lentamente podría revertirse en primer lugar el poder vertical de dominación que reproducen los funcionarios públicos. Veremos en los capítulos siguientes los indicios de cómo se construyen esos contextos.

Para Perlo (2020) *“El poder es flujo e interacción. Es en este sentido que se pone el acento en una construcción relacional del poder alejada del “tener” enraizado en el paradigma positivista y reforzado por el modelo productivista originado en las sociedades capitalistas e industriales. Se trata de una concepción del poder centrada en el “ser y estar” con otros, fundada en una perspectiva sistémica y compleja. La lógica de juego de poder que se establece es “ganar-ganar”. El proceso que se genera es coevolutivo (Jantsch, 1980) hay una fuerza común sinérgica, que facilita el encuentro con el otro y posibilita a las personas la cooperación en un proceso creativo y transformativo de sí mismo, del otro y del entorno. A este proceso Maturana y Dávila (2007) han denominado “co-inspiración”* (C. L. Perlo, 2020, p. 16).

Para permitir *el flujo del poder* que llevan las iniciativas iniciadas y co-gestionadas en la comunidad hacia los espacios decisores de recursos, es decir para que *“no se frenen”* dichas iniciativas por la estructura, que en sus forma y protocolos homogeniza, controla y reproduce la verticalidad, Mario Rovere (1999) refiere que las redes son el medio por el cual se dan las mejores respuestas a las problemáticas de la población. *“Necesitamos “enredarnos” para movilizarnos en el sentido de dar respuesta a las deudas que tenemos con la salud de la población”* (Rovere, 1999, p. 19). El autor plantea abrazar al hospital a través de la construcción de redes integrales que permiten la heterogeneidad dentro de un aparato homogeneizador como es el de la salud en las estructuras hospitalarias claramente jerarquizadas. La lógica de las redes es que es necesario asumir la heterogeneidad. *“las redes no homogenizan, las redes asumen la heterogeneidad y permiten imaginar heterogeneidades organizadas”* (Rovere, 1999). Este concepto se asemeja a organizar la complejidad con movimiento, respetando las estructuras existentes y la fragmentación de todo tipo que hoy posee el sistema de salud y otras áreas de gobierno, pero invitando a ir al encuentro, a un diálogo, en un “entre” que se genera en la red.

Sin embargo, tanto las redes como los sistemas jerárquicos, están constituidos por individuos, que son las partes del sistema, que muchas veces sufren y otras disfrutan, los mecanismos rígidos que el rol de funcionario requiere cumplir. A cambio de reproducir las lógicas de la estructura obtienen un lugar de poder en la organización. Por lo tanto, para la concepción de esta tesis, participar de una iniciativa diferente estaría condicionado a la evaluación que realiza el funcionario: primero, si seguir en su rol o arriesgarse a flexibilizarlo (analiza sobretodo el riesgo legal) para aportar o acompañar una propuesta disruptiva y segundo evalúa (generalmente a corto plazo) como quedaría el tablero del poder, como si existiese un cálculo tipo “poderómetro”, analiza el poder que se cede, se comparte o se gana en la situación que se propone, medición que realiza, tanto sobre su condición, como sobre la de los otros actores que están o quiere entrar al juego.

En este sentido, Menéndez (1998) subraya que *la PS “en sí” cuestionaría el individualismo, la dependencia, la apatía, etc.; al involucrar al individuo en una actividad colectiva tendería a superar la atomización social y posibilitaría la construcción de una subjetividad no centrada en lo privado. Esto, según algunas tendencias teóricas (interaccionismo simbólico³⁵) y estudios empíricos (los trabajos sobre “carencialidad”) se fundamenta a partir de reconocer que el sujeto se constituye como tal a partir del/los otro/s. La constitución del sujeto no es un acto individual sino un proceso relacional.”*(Menéndez, 1998, p. 9).

Mientras la teoría nos enamora, en la práctica *estamos absorbidos* por el sistema, que desmotiva a los actores a cualquier acción por fuera de lo mínimo que sea lo que requiere cumplir el rol. Se sabe que el poder institucional es poco visible, se ejerce a través de reglas, procedimientos y normas organizacionales, que si bien pueden ser legítimas, a menudo margina las preocupaciones de las comunidades que en esas reglas y procedimientos organizacionales no encuentran cauce hacia arriba (bottom up). Ese poder imprime en el contexto laboral la premura por la productividad y por dar respuesta a “las consultas médicas” que la demanda de la enfermedad produce. Como vemos, ese poder no parecería ser contrastado con propuestas de APS integral como muestra el relato de Gonzalez (2017) sobre la práctica de una promotora de salud en el marco del PMC en un municipio de AMBA:

³⁵El término interaccionismo simbólico se refiere al carácter distintivo de la interacción entre los individuos. Lo peculiar es que los seres humanos interpretan, “definen”, las acciones recíprocas más que reaccionar cada uno ante la acción del otro (...). El comportamiento del sujeto no es el resultado de cosas tales como las presiones ambientales, los estímulos, los motivos o las actitudes, sino que deriva del modo en que él interpreta y maneja tales cosas en la acción que está construyendo (...). El proceso de interpretación a través del cual los sujetos construyen sus acciones no puede ser comprendido mirando sólo las condiciones antecedentes del proceso mismo. Estas son útiles para comprender el proceso si forman parte de él, tomadas como antecedentes no constituyen el proceso (...). Desde el punto de vista del interaccionismo simbólico, la organización social es una estructura dentro de la cual las unidades que actúan desarrollan sus acciones. Los elementos estructurales tales como “la cultura”, “el sistema social”, “los estratos sociales” o los “roles sociales”, ponen las condiciones para la actuación de los individuos, pero no determinan sus acciones” (Wolf, 1979, p. 82).

“Al respecto de la Participación Comunitaria la Agente Sanitaria, entrevistada N°351 refiere: Estamos medios complicados con el trabajo comunitario, hay médicos que están predispuestos y hay médicos que no, hay poca motivación y otra cosa el sistema los absorbe para la atención y no para poder desarrollar trabajos comunitarios, pero el consultorio se prioriza. La falta de tiempo, la falta de ganas, los absorbe el sistema de salud y la municipalidad no los deja llevar a cabo trabajo en territorio, debería ser más territorial pero la falta de personal, hace que se desvíe lo que plantea el programa, estamos absorbidos por el municipio y por el sistema de salud. Por ejemplo, yo hago pocos rescates, estoy en la administración dando los turnos y eso no plantea el programa” (Gonzalez, 2017, p. 108).

De esa narrativa, se puede inferir que se encuentra normalizado y aceptado el hecho de que primero debe atenderse la enfermedad, es decir activar los saberes de cuidado de la comunidad no se considera una prioridad. Revertir esta conceptualización dominante, como sabemos, tan arraigada por la medicalización, es otro desafío y condicionante mayor para que la participación ciudadana pueda institucionalizarse.

Por un lado, el poder vertical constitutivo del sistema global le imprime al trabajador de salud profundizar la medicalización social y por otro lado, los programas de salud estatales esperan que sea el equipo de salud quien exprese las fuerzas de igualdad de derechos invitando a la comunidad a participar. En esta tensión, la literatura nos ayuda a descomprimir esa olla de presión que lleva al burnout laboral o a la desmotivación del ideal del rol como profesional de salud. Primeramente, es necesario volver a mencionar el tema de poder en la agenda política global, donde el enfoque predominante en prevención y promoción de la salud busca adaptar a los individuos a las condiciones producidas a través de décadas de desinversión pública y a una lógica de consumo de mercado que resulta en desigualdades sociales y en peores indicadores de salud, en personas de menor condición social (Douglas et al., 2016).

Mal que nos pese, esa desigualdad es mantenida por mecanismos de control en el ejercicio de poder institucional, sin embargo la literatura refiere que con el desarrollo de nuevos procesos, el poder podría pasar al control comunitario. Esta afirmación, surge a partir de reconocer dimensiones que reflejan una comprensión del poder como generativo, expansivo y 'no-dominante', que emana de relaciones con los demás (Rowlands, 1997), y a partir de métricas sobre dichas dimensiones que dan cuenta de las formas de poder que se requieren para ejercer el control colectivo (Ponsford et al., 2021). También se han establecidos procesos para apoyar, desde las instituciones, aquellas estrategias que habilitan a las comunidades a desarrollar y ejercer capacidades de control colectivo en la búsqueda de mayor equidad social y sanitaria (Popay et al., 2021; Powell et al., 2020).

VI. Procesos participativos para horizontalizar el poder

Para la construcción de esa danza dialéctica (entre un poder horizontal y uno vertical, sin olvidar la inmersión de ambos en el constitutivo), —que en el material empírico de esta tesis se menciona como “middle out”—, se requiere primero, que quien se encuentre con poder tenga la voluntad política de horizontalizarlo y segundo que se generen dispositivos para lograrlo. Para esto la literatura propone comprender el fenómeno de redistribución de poder gracias a que, propone como una posible forma de lograr gobernanza con participación social, a la construcción de procesos participativos (Francés-García & La Parra-Casado, 2019).

Al hablar de procesos participativos estamos abordando la dimensión política con la respectiva tensión de poder que la participación comunitaria conlleva, dimensión que, como vimos en apartados anteriores, se expresó en Alma ATA y que fue perdiendo lugar en los documentos regulatorios posteriores. Remitimos a Pagnamento (2017), a su artículo “Políticas públicas locales en salud: Las encrucijadas de los procesos participativos en APS”, para una contextualización detallada de cómo esa dimensión política, no pocas veces ha sido negada o enmascarada detrás de componentes técnicos (pretendidamente neutros en términos ideológicos) y haciendo de

un problema colectivo un mero problema técnico-médico que contribuye a su despolitización (Pagnamento, 2017b).

Un proceso participativo es definido como un *proceso de interacción entre personas o actores sociales en lugares diseñados para llevar a cabo esta interacción de manera organizada, aunque de manera no cerrada, con el objetivo de desarrollar colectivamente actividades para transformar su realidad social.* (Francés-García & La Parra-Casado, 2019). Se lo encuentra adjetivado también como proceso participativo emancipador o proceso participativo de gobernanza comunitaria.

Sin embargo, al igual Pagnamento alerta el riesgo de despolitización de la participación social a lo largo del proceso histórico-político en un municipio del AMBA, Rolfe (2018), en el ámbito de habla inglesa, también remarca que en *“la forma de ‘gobierno a través de la comunidad’ podría estar como objetivo transferir la responsabilidad de resolver los problemas de injusticia social a las comunidades y utilizar diversas técnicas y conocimientos para que las comunidades lleguen a creer que tales responsabilidades recaen justamente en ellos”* [(Rolfe, 2018, p. 581), traducción propia³⁶]. Es decir, el riesgo de que se manipule un proceso participativo como mera transferencia de responsabilidades a la comunidad existe en tanto no construya sobre el andamiaje participativo, creado políticamente previamente, para habilitar el flujo de poder en las interacciones y en tanto no existan las personas salutogenistas formadas.

En los procesos participativos, es importante lograr un cierto nivel de consenso relacionado con qué “cosa en común” se pretende constituir en el andar, y dado que es un proceso, comprender que “eso común” se encuentra en constante debate sobre: su forma, con qué tipo de actividades se va moldeando, qué acciones se definen llevar a cabo, sean institucionales o no institucionales, cómo y por quién se llevan a cabo, y todas las cualidades de

³⁶ ‘government through community’ that aims to shift responsibility for solving problems of social injustice onto communities and to utilize diverse techniques and knowledge so that communities ‘come to believe that such responsibilities rightly lie with them’

creatividad que mencionamos más arriba, y que necesitan desarrollar las *personas participantes*.

En la reciente trilogía publicada “Power, control, communities and health inequalities”. los autores clasifican como necesarios tres tipos de espacios participativos: 1) el espacio de participación para las acciones, 2) el espacio de construcción de sentido y 3) el espacio de gobernanza, donde abordar los aspectos políticos que cuidan el proceso participativo (Ponsford et al., 2021).

Por último, Francés-García y col. desarrollaron una herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud. Esta herramienta propone seis dimensiones de análisis, donde cada una de las dimensiones contiene cinco ítems que se puntúan por presencia-ausencia. Las dimensiones de análisis son: inclusividad, flujo de información, calidad deliberativa, toma de decisiones, compromiso institucional y empoderamiento comunitario. Esta forma de relevamiento permite determinar índices sumativos relativos a un proceso participativo en particular, así como desgranar valores para cada eje (Francés-García & La Parra-Casado, 2019).

La estrategia para medir estos procesos aporta una doble ventaja: integra la visión top-down (la de las instituciones) con la visión de abajo hacia arriba (la visión de las personas que participan) para evaluar las condiciones objetivas de participación, teniendo en cuenta la importancia de los aportes de la comunidad, reconociendo que sin apoyo institucional estatal, estos procesos participativos se limitarían en su alcanzar transformador y viceversa.

A modo de cierre y para remarcar las diferencias con otros marcos laxos y apolíticos de participación social, comentamos que una consulta popular, al no implicar una redistribución y horizontalización de poder, no es entonces un proceso participativo. Estos procesos son dinámicas complejas que se instalan con el objetivo específico de aportar los recursos disponibles, y construir la voluntad política así como la capacidad de articulación de los

actores de la comunidad con el Estado, en términos de una acción colectiva consensuada en común, en un proceso de participación.

VII. A modo de cierre del capítulo

Vemos a lo largo de la historia, que aparece el protagonismo de “la comunidad” en términos de formulación de políticas públicas, tanto en el auge de las políticas compensatorias propias del modelo de acumulación neoliberal como en las políticas integrales, a medio camino según la literatura, de los otros modelos de gobiernos a lo largo de la historia. Según de Marinis (2017) la comunidad se convierte en una fuente ambivalente de sentidos posibles (de Marinis, 2017), por un lado como proyección utópica de un devenir de transformación del orden social actual (muy presente en los diferentes movimientos sociales) y por otro como un dispositivo socio-tecnológico de gobierno de las poblaciones que se utiliza en las políticas que promueven la activación de los sujetos en la propia gestión de los riesgos sociales. La comunidad se vuelve omnipresente y aparece como un “recurso” cada vez más necesario para activar a la población en la gestión de sí misma y sus condiciones de existencia (Scaglia et al., 2021). Esta idea de que son los propios sujetos y colectivos sociales quienes pueden/deben encargarse de su propia reproducción resulta funcional a la retirada del Estado del ámbito de la reproducción de la fuerza de trabajo y de sus funciones en ese sentido (Scaglia et al., 2021).

En ese devenir histórico que, sin que sea exhaustivo, comentamos sobre las características y transformaciones de las políticas sanitarias en el AMBA, vimos que las mismas reflejaron las transformaciones del pasaje de la vigencia de regímenes autoritarios a regímenes democráticos y de una gestión estatal centralizada a una descentralizada. Esos pasajes, creemos que influyeron fuertemente, en los funcionarios de políticas sanitarias como en los beneficiarios de las mismas, en la dimensión simbólica de la accesibilidad al derecho a la salud mediante su ejercicio de participación ciudadana, es decir en la posibilidad subjetiva que se tiene hoy, tanto de

obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna como de vivir en un ambiente saludable. Percepción que está basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de los derechos y la manera que se encuentra para ejercerlos (Comes & Stolkiner, 2005) (Comes, Y., 2004).

La historia resumida, en este capítulo, sobre cómo se viene participando en los programas de salud, construye esa dimensión subjetiva, porque interviene aportando, según Solitario (2008) *“vivencias, saberes contruidos, sentimientos, y percepciones, ya que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia individual, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de los modos de disciplinamiento, etc”* (Solitario et al., 2008, p. 12). Es decir, que estos elementos asumen un rol indiscutible en la posibilidad y el modo que construyen, tanto los sujetos para acceder a los recursos en salud (no solo a servicios) como aquellos funcionarios que deben brindarlos, en ese enlace Estado-comunidad. Asimismo, dichos elementos entran en juego en la posibilidad que tiene una comunidad de contener mecanismos participativos que favorezcan el ejercicio de sus derechos (Solitario et al., 2008).

Las experiencias aquí compartidas, aportan mucha información para analizar el caso de estudio dentro de un proceso histórico llevado a cabo por actores políticos con concepciones epocales de un cuidado patriarcal, de un control impositivo, con justificaciones moralistas de proteger y protegerse frente a condiciones desfavorables o de pretensiones de dominación del campo local propio. Tanto en programas externos como en los programas estatales, observamos que el modo de instalar la participación social no sería para potenciar el cuidado con nuevos actores que se sumarían al campo de juego, aquí parecería que se encuentra la paradoja del positivismo hegemónico, que compite por la centralidad, desde donde se gobierna el campo de juego, supuestamente para cuidar todo el sistema, es decir considera que solo se puede “cuidar” si como actor político se domina el

sistema. Cuidado que en ese paradigma es entendido como responder a la necesidad y demanda del subordinado (el enfermo, el pobre, la comunidad, el excluido, el migrante, etc), manteniendo la asimetría de clases. Concepción de “cuidado” que se ve reflejada, en todas las etapas de la historia que describimos, en un financiamiento dirigido a la atención de la enfermedad en el sistema de salud y en mucha menor medida a las acciones de salud que la comunidad posee y que podrían potenciarse. Creemos que estas representaciones antropocéntricas son factores que hicieron que al día de hoy en la Provincia de Buenos Aires sean muy pocos los espacios de participación institucionalizados en los centros de salud (consejos de salud, mesas de salud, etc.). Muchos de los actores sociales que intervinieron en dichas políticas se encontraron presentes luego en distintos espacios de gestión y/o en espacios académicos, tanto de quienes fueron responsables a nivel central como local de implementar la Red Pública de Salud AMBA, actores a quienes vemos en “escena” en el capítulo 4.

Podríamos decir que en la retórica de los programas que describimos y antecedieron al caso en estudio, se menciona una participación comunitaria idealizada en sus documentos pero luego hay poca “posibilidad de juego” de esa comunidad en el campo de poder. La posibilidad de que ocurra en la práctica una propuesta de participación transformadora por enlazar la potencia comunitaria, al parecer estaría condicionada en la historia porque *“el sistema te chupa”* (Entrevista a Directora de un Centro de Salud) por la necesidad de centralizar el poder; podríamos decir que hay una invisibilización del poder de cambio que subyace en la participación, por eso se la despoja del mismo reduciendola a actividades comunitarias unidireccionales, no amenazantes a la estructura, en lugar de gestionar el conflicto entre más actores “poderosos”. Esta disonancia entre teoría-práctica podría deberse a que quienes siguen declamando sobre la participación, no estarían dispuestos, o no pueden, no saben, no creen, no se animan, a ejercer cambios reales en la distribución del poder. De esta manera sus conductas son de adaptación, de victimización, o se vuelven sumisos o se justifican en que *“dan todo lo que pueden”* y aceptan

estrategias de “minimización del daño” para poder tolerar tener que ser repetidores de las reglas violentas del sistema.

Vemos más adelante en las escenas de la tesis estas tensiones a la hora de “participarse” y participar a un otro. Sin embargo, adelantamos por encontrar en los antecedentes del caso, lo que en términos de Goffman (1981), sería una renegación del rol, un descreimiento a propuesta de cambio frente a realidades de abandono social históricamente disonantes con los discursos sociales formadores del rol ideal del profesional de salud: *“Yo no creo que haya realmente un programa de salud comunitaria en el país que apunte a objetivos claros porque la idea es atender gente. La gente viene a los controles de salud y a que le firme la libreta para el subsidio de la asignación universal, entonces todas las acciones que se hacen son aisladas, no sé si a la gente le interesa que alguien dé una charla, se ve con el embarazo adolescente. El primer parto que yo atendí en la maternidad fue en el año 80 en una niña que tenía 11 años, estamos en el año 2015 y sigue habiendo partos de adolescentes, entonces regalan preservativos, hay métodos anticonceptivos gratis³⁷, hay educación sexual en la escuela, sin embargo sigue estando, no hay estadísticas, entonces desgraciadamente al no haber estadísticas no se puede saber que pasa en la realidad”.* (Gonzalez, 2017, p. 119)

Eso que “*sigue estando*”, sigue sin ser analizado y visibilizado en el ámbito médico. Sin embargo, quienes hacemos epidemiología, sabemos que no se le da lugar a la epidemiología social, a esa que arroja información —no necesariamente estadística— y alertamos que hay un discurso académico instalado a que aprendamos que sin la estadística no podemos “*saber que pasa en la realidad*” (Segura del Pozo, 2006)³⁸; tal vez porque de saberlo

³⁷ y en Argentina, a partir del 24 de enero de 2021 es cobertura integral y gratuita la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la Ley N° 27.610 en todos los servicios públicos de salud, las obras sociales nacionales y provinciales y las empresas y entidades de medicina prepaga.

³⁸ Tal como vimos también a lo largo del capítulo, en la arena de la epidemiología, existe una tensión de lógicas entre su uso bajo una lógica centralizada para el control global o su uso descentralizado y particularizado para la autodeterminación local en la salud. Sin embargo, bajo impulsos sistémicos actuales, en este campo existen aportes hacia una epidemiología dialógica propositiva entre la epidemiología clínica y la crítica, tendientes a lograr una “gobernanza glo-cal”.

los mismos médicos dejaríamos de reproducir el modelo biomédico. Concluimos que en los antecedentes analizados, los condicionantes socioeconómicos no sólo siguen sin modificarse al momento del presente estudio, sino que se agravan cada vez más, y las respuestas de los gobiernos siguen siendo las mismas. Se tiende a repetir la forma sin poder aprender reflexivamente de lo que duele. Como enseña el relato de ese médico, en temas de salud, la adaptación a la deshumanización recae en los profesionales de salud, que luego de unos años, algunos reniegan del rol (Goffman et al., 1981) y “se adaptan” a tener que acompañar situaciones violentas que se naturalizan, y como tal se anula toda posibilidad de pensar otra forma de cambiar lo naturalizado³⁹.

Sin embargo, en el paradigma biocéntrico, es en los “vulnerables”, en los “sin poder”, en dónde a pesar de los intentos de matar el impulso vital, éste sigue presente, por ser la creatividad una condición inherente humana, aplicada, ya sea tanto para sostener el impulso vital como su contrario, el tanático (Llamazares, 2013). A juicio de la autora de esta tesis, es desde ahí, de recuperar los lazos sociales en red, que en cortísimo plazo se revertiría la violencia, si la lente paradigmática de las políticas públicas pudiera empezar a entretejer la perspectiva de cuidado mediante procesos de participación ciudadana con poder, el colaborativo. Y en ese sentido, no podemos dejar de mencionar, con ánimo de dar credibilidad a esta estrategia —y en un intento de evitar a esta altura ser etiquetada, una vez más de idealista— al estudio “*La construcción de lo común en contextos de descuido: El caso Liberté*” de Claudia Perlo y Diego Carmona Gallergo (2022) (C. L. Perlo & Carmona Gallego, 2022) y a la recopilación en el libro “*Cuidado, comunidad y común Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*” de Cristina Vega, Raquel Martínez-Buján y Myriam Paredes (2018) (Vega et al., 2018) donde se conceptualiza la construcción de la confianza en los vínculos como mecanismo necesario, al igual que lo proponen desde el Estado, algunos

³⁹ En este aspecto, Mari Luz Esteban destaca que cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales), y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio.

autores del libro: *“Construyendo confianza: hacia un nuevo vínculo entre estado y sociedad civil”* (Belmonte, 2009). Para esta construcción de confianza, se requiere primero la confianza individual. En el capítulo 2 compartimos, de manera aplicada, la metodología que Erving Goffman (1981) propone para analizar las actuaciones *“observando la confianza del individuo en la impresión de la realidad que intenta engendrar”* (Goffman et al., 1981, p. 29)

Concluimos que, los profesionales de la salud, reproducimos lo que hemos aprendido; trabajamos, en general, bajo el biologicismo inherente a la ideología médica, que según nos señala Eduardo Menéndez (2003), es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas (Menéndez, 2003). Por eso, con gran esfuerzo y con el interés de ser puentes interdisciplinarios, escribimos para una audiencia médica, este primer capítulo que contextualiza nuestra práctica en el proceso en el que está inmersa.

De existir una “apertura a la participación”, estas situaciones creemos que serían percibidas en los términos que dice Sirvent (2014): como una concesión que el poder constituido otorga, y no como una necesidad y derecho de cualquier persona a ser participante de las decisiones que afecten su vida cotidiana (Sirvent & Rigal, 2014). Sin embargo creemos que los sistemas evolucionan desde adentro, es decir son autopoieticos al evolucionar desde su propia capacidad de aprendizaje a partir de los obstáculos y errores del proceso histórico en devenir (Varela et al., 1991), y en ese sentido el proceso político-técnico-comunitario que compartimos en los capítulos se propone como una posible hoja de ruta.

Para la construcción de los “guiones” del término político-técnico-comunitario, es decir de los “enlaces” categoriales que permiten pensar “el flujo” de un poder participativo, vemos en la historia que uno de los condicionantes para que se pueda implementar la PCS, es lo que refiere

Chiara (2005), mencionando los aportes de Stocker (1989), como el Régimen Local de Implementación (RLI), que son las estrategias que posee —o no posee— un programa, con la intención de ir regulando el proceso de implementación; estrategias destinadas a que las reglas de juego del poder local no restrinjan, resistan o demoren las dimensiones técnicas, materiales y políticas de una implementación (Chiara & Di Virgilio, 2005). Reglas de juego de poder que creemos que también están influenciadas por los mismos factores intervinientes en las representaciones simbólicas del derecho a participar que recién mencionamos y que se explican, en parte, por la historia de las relaciones Estado–sociedad del Estado.

Finalmente, si la participación ciudadana en salud, es una actividad política y en referencias de Ugalde, no debe ser organizada por gobiernos ni por agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas (Ugalde, 1987) ¿es entonces posible organizar esa potencia comunitaria, desde el Estado, en procesos de participación que respondan a políticas de la vida y no a las de dominación? ¿Son los enfoques actuales de políticas de cuidado los primeros indicios que marcan el cambio de paradigma?.

En el capítulo siguiente, detallamos entonces, la metodología para entender el poder que, los funcionarios y profesionales de salud, tenemos si nos distanciamos del rol ideal durante nuestras actuaciones y nuestras formas de “dominar” las microescenas sociales. Microescenas que son encuentros de la vida cotidiana, que se nos presentan como instancias que nos invitan a no reproducir el poder de dominación constitutivo que habita todo el sistema social. Sin embargo, esperamos evidenciar que los mismos condicionantes que operan para sostener la ideología médica dominante (extensamente analizada por Menéndez) estarían influyendo para lograr desarmar o impedir, los intentos de construir espacios institucionales de participación social para la reflexión del rol en tanto funcionarios y/o profesionales de salud.

Por último, en el marco de las políticas públicas, la aplicación de metodologías participativas para la planificación y gestión, posee vasta

evidencia en distintos campos⁴⁰ y dejamos expreso el reconocimiento al SUS de Brasil por toda su enseñanza, que no detallaremos aquí por la extensión del capítulo.

⁴⁰ Umbarila Laiton, Martha Patricia. 2015. “Metodologías de planificación participativa y gestión asociada como campos de intervención del Trabajo Social”. *Trabajo Social* 17: 169-185. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Capítulo 2. Interpelaciones metodológicas: la participación en las interacciones sociales como reproducción de las fuerzas que preceden la forma.

“La relación viene primero, ella precede la forma”

Gregory Bateson - 1972

I. Introducción

En el capítulo 2, describimos el diseño de caso, el caso (la Red Pública de Salud AMBA durante el 2018-2019) y la metodología utilizada.

En relación a la metodología, describiremos la unidad de análisis, que llamamos “procesos participativos” de la vida cotidiana de la política pública en cuestión y a partir de su análisis con la herramienta de obtención de datos —el dispositivo de “escenas”— esperamos describir el “pequeño sistema social de la interacción cara a cara” (Goffman, 1981), lugar desde donde en esta tesis entendemos que es posible aproximarnos a las relaciones sociales con el enfoque de sistemas complejos, y observar cómo ocurren los procesos que habilitan la participación del otro.

Por un lado, seguimos a Goffman (1981) en su analogía entre la “estructura actoral dramática” y la “estructura social”. En este sentido utilizamos su esquema interpretativo de la interacción simbólica, observando las interacciones comunicativas y sus rituales, el desempeño del rol cuando se interactúa ante los demás en un determinado contexto espacial y temporal y las dinámicas vinculares en cada escena. Dinámicas que para Goffman (1981) se encuentran bajo la premisa de que los individuos se sienten observados y responden a las pautas existentes en una audiencia mayor a la presente, pero destaca las capacidades reflexivas de los actores y la producción de sentido como un proceso social. De esta manera las actuaciones de los individuos son resultado de un producto de la interacción social que incluye la propia intervención del sujeto. Así, siguiendo su obra Frame Analysis y los aportes y críticas posteriores de otros autores a la

misma, tendremos en cuenta que las habilidades para orientar la acción dependen de un trabajo de significación, de enmarcamiento⁴¹, donde lo que se pone en juego más que la racionalidad de los actores es su capacidad de actuar de forma razonable al contexto. De esta manera, recuperamos los "contextos pragmáticos" de las operaciones de enmarcamiento que hacen los actores con una clasificación ampliada respecto de la que nos propone Juan Samaja (1994), propuesta teórica que describimos en el capítulo 3, reparando sobre nuestras dificultades para evitar aplicar el reduccionismo apprehendido a la idea de marcos como productos simbólicos estáticos representados en categorías fijas en el análisis de un proceso sistémico (Acevedo, 2013; Goffman & Rodríguez, 2006).

Por otro lado, seguimos a Keeney (1997) por aportarnos un método en cómo observar las dinámicas procesuales de las unidades de análisis que seleccionamos, es decir la relación entre las fuerzas que los actores expresan en las interacciones que van dando lugar a las formas de participación dentro de la *Red AMBA* (Keeney & Wolfson, 1987). Keeney nos ofrece una matriz para organizar los procesos organizar los procesos en niveles que enmarcan a los actores y que condicionan las interacciones entre ellos (Figura 1).

En relación a los métodos de recolección de los datos, describimos las técnicas cualitativas y de reflexividad utilizadas, siguiendo los aportes de Dawidowski y Guber (Dawidowski & Hernández, 2018)(Guber, 2001).

Es entonces, en la interacción social que se daba en los ámbitos participativos de la *Red AMBA* intentamos analizar los condicionantes que originaron las formas en que los individuos participaron dentro del programa y que dieron lugar a la participación del otro. Al transitar esa indagación vimos que es en la interacción social donde se expresa la tensión en la distribución de bienes materiales y simbólicos para la construcción de salud y podemos decir que del recorrido cíclico que hicimos (teórico-empírico-teórico-y así sucesivamente hasta ponerle un punto final arbitrario

⁴¹ "Proceso de enmarcamiento", "proceso enmarcador", "enmarque" son distintas traducciones de la noción de *framing*.

a la tesis) vemos también, que finalmente, lo que hicimos fue renovar los interrogantes clásicos de las ciencias sociales sobre las relaciones entre salud, participación y poder, cuyos antecedentes compartimos en el capítulo anterior y el prisma teórico que creemos de valor aportar, en el próximo capítulo.

II. Metodología de análisis de los procesos participativos

II.a El Diseño: Estudio de caso.

Siguiendo la clasificación de Pablo Forni, creemos que el diseño de este trabajo pertenece al estudio de caso “único e intrínseco”, porque se indaga sobre uno en particular, el programa de salud *Red AMBA*, “*porque es interesante en sí mismo y amerita un estudio de caso sin ninguna pretensión de que sus conclusiones sean conclusiones aplicables a otros casos*”(Forni, 2011, p. 5). También lo clasificamos como un estudio “límite o extremo”, porque su elección reside en el volumen y variedad de información que puede brindar el caso de la *Red AMBA* y porque creemos que “*revela las posibilidades latentes de un fenómeno*” (Ginzburg, 2001 citado por Forni, 2011) (Forni, 2011, p. 7).

Consideramos que es un “caso explicativo además de descriptivo”, ya que intentaremos no sólo describir los condicionantes de la participación, sino como operan los mismos sobre los actores del caso en el pequeño sistema social de la interacción entre ellos. Fue de utilidad la descripción que realiza Forni sobre que un “*estudio de caso explicativo utiliza un entramado teórico-conceptual denso que incluye debates teóricos contemporáneos a su realización*” porque nos permitió comprender la dificultad de recortar el marco teórico de esta tesis.

Nos parece sumatorio mencionar que el estudio de caso es el diseño impulsado por los sociólogos de Chicago, de los años 60, grupo al que

pertenece Erving Goffman, en quién se basa gran parte del marco teórico-metodológico de esta tesis.⁴²

En la literatura se reconoce al estudio caso como el diseño que permite el análisis de procesos microsociales y sincrónicos con énfasis puesto en el encuentro cara a cara para recuperar, in situ, la perspectiva de los protagonistas (Forni, 2011). En esta tesis ese “vivir la historia desde dentro” que enfatiza Goffman (1981) como técnica, es entendida como ser partícipe también de lo que se investiga, y entendemos que se logra en esta tesis gracias a la yuxtaposición de la autora, entre la gestión y la necesidad de dar respuesta, mediante esta investigación, a los motivos que dificultaban instalar desde el sistema de salud los presupuestos participativos para actividades de promoción cuando el dinero para ello estaba disponible en la *Red AMBA*.

El caso, la Red Pública de Salud AMBA (*Red AMBA o AMBA*) durante el 2018-2019 se desarrolla en el apartado final de este capítulo.

II.b El proceso participativo como unidad de análisis

La unidad de análisis es el proceso participativo. En las etapas de formulación, capacitación e implementación de la *Red AMBA*, acontecieron diferentes espacios de encuentro con diferentes actores sociales, con mayor o menor planificación previa, tanto para compartir aprendizajes y construir significados e identidad en “*el modo de hacer AMBA*” (Facilitador de la Red AMBA) como para construir las burocracias necesarias para ejecutar presupuestos participativos en Atención Primaria de la Salud.

⁴² Goffman contesta en una entrevista:

“El interaccionismo simbólico no tiene realidad: es sólo una etiqueta que ha conseguido imponerse. La gente como usted se inventa un movimiento donde no hay más que individuos. Se está a mil leguas de la verdad: mientras usted no viva la historia desde dentro, no hará más que equivocarse. Y siempre habrá gente que se ría de su trabajo, porque han conocido desde dentro lo que ha pasado en realidad” (Winkin, 1991).

Si bien Goffman, en esa entrevista con Yves Winkin “se quita la etiqueta” de ser un interaccionista simbólico (Winkin, 1991).

Consideramos que en esos momentos participativos de la cotidianidad de esta política fue posible observar, en las interacciones sociales, las dinámicas procesuales entre lo que ocurre y lo que condiciona las formas en que los individuos participan.

En particular nos detuvimos a observar las interacciones como un proceso de participación a través del cual cada uno de nosotros contribuye a la construcción del mundo social, y también a observar cómo los condicionantes del contexto influyen en la construcción relacional, cómo facilitan o dificultan el encuentro con el otro y la cooperación, en un proceso creativo y transformativo de sí mismo, del otro y del entorno (C. L. Perlo, 2020).

En esos “procesos participativos”, —observados en las interacciones sociales de las escenas seleccionadas por reflejar las etapas de construcción, capacitación e implementación de la vida cotidiana de la política— recabamos, con técnicas cualitativas, los conceptos que Goffman (1981) propone y los ordenamos en la matriz de datos de Keeney en los niveles de recursión sistémicos (ver más adelante). Este abordaje metodológico creemos que nos permitió analizar la dinámica procesual desde que la fuerza (de los condicionantes) se expresa en forma inteligible (acciones de participación en la interacción).

Desde el enfoque sistémico (que desarrollamos en el capítulo 3), la forma de participar (en el sistema) sería la acción que realizan los individuos como resultante de un proceso que ocurre en la interacción social, que está condicionado por un marco de varios niveles desde donde actúan múltiples factores (fuerzas sistémicas).

De esta manera, siguiendo a Goffman (1981), vamos comprendiendo el fenómeno subyacente a las formas de participar, a partir de observar cómo se despliega el juego interaccional, los roles y símbolos de pertenencia que despliegan aquellos actores que dominan la situación que se viven en la escena, y a partir de observar la flexibilidad o rigidez de la situación proyectada dominante en las interacciones frente a nuevos marcos y disrupciones que proponía la *Red AMBA*.

En términos de Goffman (1981) —situados en los 60— *“La interacción social puede definirse en sentido estricto como aquella que se da exclusivamente en las situaciones sociales, es decir, en las que dos o más individuos se hallan en presencia de sus respuestas físicas respectivas”* (Goffman et al., 1981, p. 27). La emergencia de la interacción depende, pues, de la copresencia física [o virtual] de agentes que, quiéralo o no, comunican (Galindo, 2015).

Para que una interacción funcione es necesario que los individuos presentes puedan definir la situación que están viviendo *in situ* quedándoles en claro a todos qué está pasando en esa interacción. En este *“pequeño sistema social”* de la interacción (Goffman et al., 1981, p. 27) hay supuestos de cuál es la realidad que se está experimentando y el papel que un individuo desempeña (su actuación) solicita implícitamente al resto que se tome en serio su impresión, que sea creíble en que posee en realidad los atributos que aparenta poseer *“las cosas son como aparentan ser”* y algo que aplica especialmente a los funcionarios públicos y que Goffman (1981) resalta es que *“existe el concepto popular de que un individuo ofrece su actuación y presenta su función 'para el beneficio de otra gente”* (Goffman et al., 1981, p. 29).

Los funcionarios públicos suelen encontrarse frente a limitaciones estructurales para cumplir el *ideal del rol* de funcionario público, que entendemos sería el de garantizar derechos a los ciudadanos, condición que les dificultaría sostener la función que tienen y declaman y que resuelven elocuentemente. Goffman (1981) propone: *“sería conveniente iniciar un exámen de las actuaciones invirtiendo el problema, observando la interacción pero observando la propia confianza del individuo en la impresión de la realidad que él intenta engendrar en aquellos entre quienes se encuentra”* (Goffman et al., 1981, p. 29). Esta propuesta de Goffman (1981), de analizar la confianza del individuo en sostener la impresión de la realidad, nos resulta interesante porque nos abre una puerta para poder entender las fuerzas que determinan esa confianza en el individuo. Goffman (1981) refiere que los actantes expresan símbolos de pertenencia

(colectivos, de estigma, de posición, de poder, etc.) que se exhiben o disimulan en el juego interaccional; además en las interacciones hay roles discrepantes con la definición de la situación proyectada por otro y ocurren perturbaciones que requieren prácticas preventivas o estrategias correctivas de dichas interrupciones.

Sin embargo el concepto de Goffman (1981) que más nos aporta para analizar los condicionantes en el proceso de institucionalización de la participación ciudadana, es que las definiciones de una situación se elaboran de acuerdo a marcos o *frames* (Goffman, 2006). El encuadramiento que define la situación durante la interacción, incluye los marcos culturales, de pensamiento, marcos de discurso, esquemas cognitivos y esquemas lingüísticos que permiten a los individuos percibir, interpretar y comunicar sus concepciones sobre la realidad que está en juego en una interacción entre sujetos. Los marcos de referencia o esquemas interpretativos son siempre un conocimiento socialmente compartido del mundo, pero como éstos participan de la interpretación y acción en el mundo de la vida cotidiana y fundamentalmente de la interacción con otros, son susceptibles de ciertas variaciones o redefiniciones en el transcurso mismo de la situación de interacción y en este sentido pueden tornarse objeto mismo de disputa (Acevedo, 2013) y de intervención (S. Fuks, 2009).

También, Goffman (1981) nos permite relacionar cómo a partir del ordenamiento de una micro estructura social vinculada con la estructura de las instituciones de la sociedad, damos cuenta de “maneras” que funcionan coercitivamente entre los individuos (Iglesia, 2022) y las formas de ejercer el poder en las instituciones (C. L. Perlo & Romorini, 2011).

La manera en que el contexto influye en las interacciones de los actores empieza en la “definición inicial de la situación proyectada”, que para Goffman (1981) es siempre de carácter moral y es el primer paso donde el actor que domina la situación proporciona un plan para la actividad cooperativa de las personas que interactúan, es decir informa acerca de lo que él es y de lo que los otros deben ver en ese “*es*” (Goffman et al., 1981). El actor que domina la situación da señales de cómo debe ser valorado y

tratado según la manera que tienen derecho a esperar “las personas de su tipo”.⁴³ Este comportamiento es funcional a la estructura que se reproduce también en ese comportamiento, y la interacción entre personas brinda información del contexto sobre cómo evitar perturbaciones que causen problemas a cómo se está definiendo la situación. También el contexto en el que se dan las interacciones nos va guiando en cuáles son las prácticas preventivas y correctivas para compensar acciones donde no se puede construir con éxito una definición compartida de una situación⁴⁴.

Las unidades de análisis fueron seleccionadas de manera intencional, por conveniencia, para responder a los objetivos de la tesis de poder entender los condicionantes de la participación de los propios actores de la política pública en las etapas de formulación, capacitación e implementación de la participación ciudadana.

II.c La escena como herramienta de recolección de datos

La herramienta de recolección que usamos para analizar tanto la dinámica procesual como la forma de expresión de esos procesos participativos es la escena. Precisamente con la metodología de escenas “*lo que se busca es entrar en la situación y contar la historia desde adentro hacia afuera*” (Goffman et al., 1981, p. 30). Como venimos expresando, a partir de la descripción de las escenas de la vida cotidiana de la política, de observar los símbolos, las prácticas, las perturbaciones y las estrategias para mantener el statu quo (entre ellas los rituales), construimos las dimensiones teóricas que

⁴³ Por ejemplo: la persona encargada de ceremonial y protocolo del Ministro de PBA, pidió que las personas que se encontraban en la antesala ingresen a la sala de capacitación porque ya “iba a subir el ministro”. En la antesala se vivía un “clima de jornadas con posters” mientras se socializaba en un desayuno previo para las personas que iban llegando de todo el conurbano, de lugares alejados y muy poco accesibles del transporte. La solemnidad fue institucionalizada y el trato horizontal con el ministro obturado, en tanto un par que comparte con esos otros del encuentro, su saber y/o habilidad particular que lo legitima en el rol, en lugar parecería que “cumplió bien” el personaje de ministro. Lo oculto en bambalinas, diría Goffman (1981), es que ese rol que ejerce podría estar respondiendo a una audiencia y reglas partidarias y no a las del equipo de salud ahí presente.

⁴⁴ Por ejemplo: el marco aprendido para comportarse en una cena nos permite saber qué comportamiento se espera de nosotros según sea la manera, más o menos formal, en que vemos puesta la vajilla de una mesa y estamos atentos a no desentonar con el “ritual” de comensalidad que el anfitrión propone.

detallaremos en el capítulo de marco teórico, para dar cuenta de las fuerzas que operan sistémicamente sobre los actores desde los niveles sistémicos de mayor complejidad.

La escena es una situación concreta de los procesos de participación de la política donde las relaciones de los actores sociales se pueden analizar a través de las imágenes, relatorías, memorias, grabaciones obtenidas de ese proceso participativo y entrevistas a actores claves sobre su reflexión de las escenas vividas durante la implementación de la política.

Según Wolf, definir la situación que se juega en la escena es responder a la pregunta sobre qué está sucediendo para que ocurra tal o cual comportamiento de los actores, cuál es el marco que distingue el episodio de sus contenidos de otras realidades sociales cercanas o parecidas. Esto se hace cualificando a los sujetos según el tipo de rol y personaje que encarnan en esa ocasión identificando expresiones, comportamientos, expectativas y valores, como adecuados a los sujetos en aquel momento. Definir la situación es estipular el significado del marco del encuentro (Wolf, 1979).

Las escenas tienen como característica que en la *Red AMBA* las mismas tenían un “guión previo” o planificación que pretendía estructurar el contexto de la situación bajo un *ideal de participación* a través de una metodología con gestión participativa de la comunidad. El decreto del gobierno de la Provincia de Buenos Aires que crea la Red Pública de Salud AMBA en el 2018 enuncia en su segundo considerando:

“...Que el objetivo de la misma [la Red AMBA] consiste en organizar y desarrollar actividades a fin de mejorar la salud de la población en el primer nivel de atención, que comprendan políticas de promoción, prevención y atención sanitaria, así como también estrategias de abordaje de los determinantes sociales de la salud, a través de una metodología de gestión participativa de la comunidad;..” (Decreto Provincial de La Creación de La Red Publica de Salud AMBA, 2018)

Es decir, observamos que el programa enuncia la metodología con la cual “estipular el significado del marco del encuentro” donde se “definen las situaciones” que tuvieron lugar entre el sistema de salud y la comunidad.

Según nos propone Goffman (1981) en su libro *“La presentación de la persona en la vida cotidiana”*, lo central es prestar atención al trabajo de las impresiones que realizan los individuos en sus actuaciones para sostener sus propios *self* y sus situaciones (Goffman et al., 1981). En su tesis Iglesia (2022) refiere que Goffman trabaja el concepto de “escena” para poner la atención en el conflicto interaccional y de la amplia batería de técnicas de estabilización en los encuentros cara a cara, acciones de reproducción y búsqueda de estabilidad social:

“En las interacciones sociales, los individuos ejercen una mutua influencia, que, al hallarse en una regularidad, se percibe como una performance, es decir, como una actuación, en la que el individuo se proyecta en un sí mismo y es percibido y caracterizado por una audiencia como tal [Goffman, 1959], de ahí que la audiencia sea un factor activo en la prestación simbólica del self del individuo” (Iglesia, 2022, p. 40)

En este sentido, la “audiencia” no es solo la presente en la escena, sino que se corresponde a una mucho más influyente, aquella a la que responde el individuo, a la que considera pertenecer y por lo tanto comportarse bajo sus reglas, es con quién imaginariamente comparte su marco o frame (Iglesia, 2022). No utilizamos el término de escena como concepto de “hacer una escena”, esto último es una actuación disruptiva para tensar el orden establecido e introducir la posibilidad del conflicto respecto de lo esperable en una situación dada (Goffman et al., 1981).

Resumiendo entonces, la escena es la actuación documentada lista para ser analizada.

Las escenas se muestran en la página web creada como una forma de sistematizar la información de las fuentes primarias, recolectadas durante la experiencia de la autora como gestora de esa política pública.⁴⁵

Por un lado, como venimos diciendo en la escena es posible describir la situación que se representa (descripciones de la acción simple en palabras de Keeney, Figura 1) y recabar el vínculo entre los presentes observando cómo circula la palabra, los roles, las interrupciones a la situación proyectada, los

⁴⁵ <https://sites.google.com/view/red-amba/inicio>

ritos, los símbolos de pertenencia de los actores, la confianza y el distanciamiento del rol. (descripciones de la interacción para Keeney, Figura 1).

Por otro lado, la escena también nos permite analizar el marco con el cual cada actor social encuadra las secuencias de actividad o acción de la situación y cómo participan de la las finalidades propuestas, el grado de compromiso y el interés con la situación proyectada. Definir la situación significa identificar qué estructura (marco) opera en la interacción (Wolf, 1979) y es entonces posible describir para esta tesis las lógicas de poder que ejercen las fuerzas condicionantes que actúan desde el contexto y el metacontexto que menciona Keeney (figura 1) y que categorizamos en el capítulo 3 según Samaja.

Goffman (1959) describió que la interacción social está llena de rituales y que son éstos los que permiten entender cómo los códigos microestructurales están vinculados con las macroestructuras culturales. Ese entendimiento, de cómo están vinculados los niveles micro y macro, según Kaplan (2005) se logra mediante una metodología cualitativa “viva”, que al estar dentro de la situación aprendemos a leer de un modo totalmente diferente, estamos en la relación, por lo que cualquiera sea la matriz que estemos intentando comprender, nos afecta y es afectada por nosotros, entonces es ahí donde el proceso vinculante puede manifestarse. Para la concepción de esta tesis, las escenas permiten observar metáforas, símbolos, mitos, rituales como expresión “del sentido del fenómeno en su totalidad” (Kaplan, 2005).

Las escenas permiten mostrar un diálogo (si es que está presente) a diferencia de las entrevistas donde las preguntas son unidireccionales al entrevistado y el entrevistador suele dominar la interacción, es decir es lineal. En la escena hay una interacción que va a expresarse con interdependencia, no es unidireccional, las partes “están ahí” de manera dinámica y no en roles estáticos. Según refiere Goffman (1981) en las interacciones ocurren cambios en el *self*, lo que significa que el individuo se va modificando a medida que transcurre la escena, que se inicia de una

manera pero que según sea la participación de los actores, los individuos pueden cambiar hacia el final.

Con un enfoque psicosociológico del microclima, los métodos cualitativos permitieron en esta tesis obtener la matriz de datos desde símbolos, contenidos y frases utilizadas en las interacciones simbólicas entre personas. Las escenas seleccionadas fueron grabadas, filmadas, documentadas en registros y notas de campo de una observación participante (como se dispone la escena, cuando se limita la palabra, miradas que habilitan o censuran la participación, la corporalidad de los participantes, etc.). Los documentos normativos, de planificación, de gestión y minutas —de autoría del equipo de implementación de la Red AMBA— de los momentos seleccionados fueron también analizados.

Es en ese “estar en escena” de la autora desde donde se obtuvo el material empírico; en la yuxtaposición entre los campos de investigación y gestión, como “gestora reflexiva” frente a situaciones cotidianas de la política que las disrupciones a la situación de la realidad proyectada “revelaban secretos de actuación” (Goffman, 1981). Era común en ciertas reuniones del equipo nuclear de la *Red AMBA*, con consentimiento verbal o gestual previo del equipo, grabar las reuniones: “*Se está picando esta reunión, seguro que Silvana va a prender el grabador*” (compañera del equipo nuclear, marzo 2018 en reunión interna analizando los obstáculos de la implementación en un municipio).

En consonancia con esta postura teórica y en el marco de esta relación de acercamiento al campo de la autora por ser parte del equipo de implementación del programa, las estrategias metodológicas estuvieron orientados principalmente a activar la agudeza y la perspicacia necesarias para captar las tensiones, contradicciones y extrañezas subyacentes en las situaciones que no eran familiares o claramente desconocidas (Dawidowski & Hernández, 2018). La observación fue entonces el instrumento privilegiado incorporándose también entrevistas en profundidad y la recolección de fuentes secundarias. El lugar de la entrevista en profundidad se supeditó a las necesidades del proceso de campo, sin ser posicionada de

antemano como más relevante que otras. Por ejemplo, surgía el pedido de una entrevista luego de no poder comprender en qué términos una administrativa de un centro de salud compartía lo molesto que estaba su jefe con el accionar en el territorio del equipo de salud que proponía la *Red AMBA*.

En relación a los distintos roles que ocupó la autora durante el trabajo de campo en las acciones de la *Red AMBA* es interesante recuperar también la tensión que Guber (2001) introduce entre “participante observador” y “observador participante”: *“La observación que se propone obtener información significativa requiere algún grado, siquiera mínimo, de participación; esto es, requiere que el investigador desempeñe algún rol y por lo tanto incida en la conducta de los informantes, que a su vez influyen en la suya (...) la participación supone desempeñar ciertos roles locales, lo cual pone en evidencia, como decíamos, la tensión estructurante del trabajo de campo etnográfico entre hacer y conocer, participar y observar, mantener la distancia e involucrarse”* (Guber, 2001, p. 61).

Es decir, la investigación se basó por un lado en la flexibilidad del diseño metodológico, por otro en la atención flotante durante el trabajo de campo y por la búsqueda durante toda la gestión-investigación de espacios, situaciones, actores y materiales que tuvieran la posibilidad de observar las interacciones sociales que se establecían durante la implementación de la *Red AMBA*. (Dawidowski & Hernández, 2018)

II.d Los tres niveles de recursión de la matriz de datos

A partir de la documentación de la escena, los datos se analizan en una matriz con tres niveles que siguen la representación metodológica de la epistemología ecosistémica y cibernética de la forma propuesta por Keeney y Samaja (Keeney, 1979; Keeney & Wolfson, 1987) y (Samaja, 1994b, 2004a) y que correlacionan con los conceptos Goffmanianos:

- Un primer nivel de análisis de las acciones, lo que dicen y hacen en su rol en la escena y la confianza del individuo en desplegarlo

(principalmente en la elocuencia discursiva —ver marco teórico—) durante la actuación. De esta manera describimos la conducta de los actuantes en su forma de participar. Figura 1 primer orden de recursión, según Keeney.

- Un segundo nivel de análisis del contexto que influye en lo que hicieron (escena de la mesa de café sobre las políticas en salud en el AMBA) o hacen (otras escenas). La escena trabajada según Goffman (1981) también nos permite describir en las interacciones, los vínculos de pertenencia, los símbolos, los rituales, el conflicto interaccional, ver las pautas que determinan la conducta. Nos permite evidenciar el segundo orden de recursión (el contexto de la conducta según Keeney) donde se expresan los condicionantes más cercanos de la forma en que participan (Keeney & Wolfson, 1987).

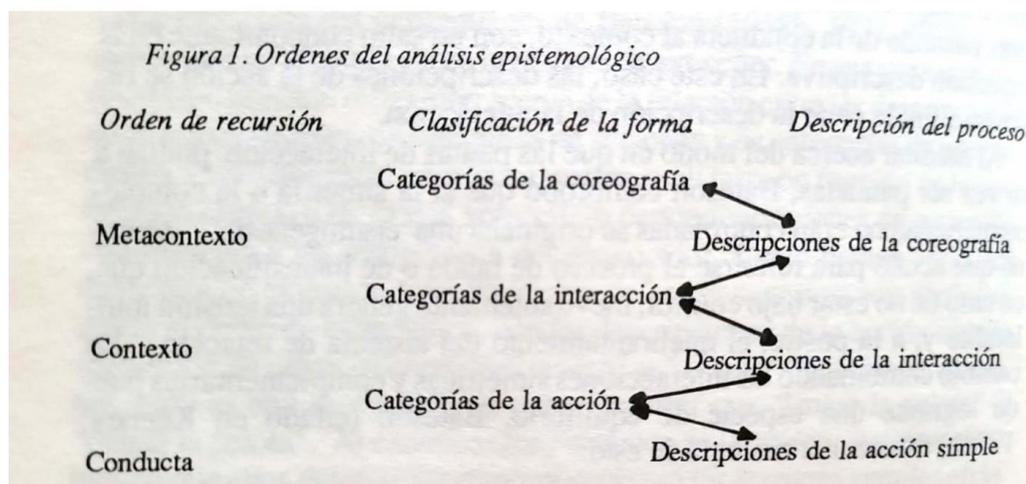
- Por último, el nivel del metacontexto de la escena. Es donde se determina la coreografía que se observa en la escena. En su definición de coreografía como actividad estética generada por la composición de poner cada parte en un todo armonioso y equilibrado en relación a un tema. Nos interesa descubrir quienes la arman, qué supuestos se dan por entendido de cómo debemos actuar, cómo esa coreografía la determinan las fuerzas del metacontexto en tensión para “dominar la escena”. Fuerzas que reproducirán los actuantes si no quieren desentonar y que se podrán observar en los desplazamientos de roles frente a disrupciones, donde “los secretos de actuación revelados” evidencian la distancia del ideal del rol. Fuerzas que caracterizamos en el marco teórico siguiendo a Samaja (Samaja, 2004b).

Con esta matriz⁴⁶, intentamos obtener conocimiento sobre las fuerzas que condicionan a los actores a institucionalizar la participación a partir del

⁴⁶ Para ejemplificar muy resumidamente esa matriz, tomemos el caso de una consulta médica. En el primer nivel la médica le indica un medicamento antihipertensivo a un paciente que tiene diagnóstico de hipertensión arterial (acción/interacción) y observamos la interacción con el paciente en la forma en que lo hace. Lo hace en un escritorio enfrentado, escribe una receta farmacéutica que requiere atención para no olvidar ningún dato de la cobertura, le explica y anota cómo tomarlo; como tiene muestras médicas que le dejó el visitador médico le “regala” un par de cajas (contexto, segundo nivel). Por otro lado recabamos que la médica fue formada en una universidad en donde se enseña que la hipertensión arterial, tarde o temprano, requiere usar drogas industrializadas y dónde otros abordajes preventivos y terapéuticos son desestimados de ser enseñados o no fueron jerarquizados —manejo del stress, terapias naturales, intervenciones en los determinantes sociales, medidas poblacionales, cuidados colectivos, etc—. Podemos observar que la acción simple está condicionada por las fuerzas de la industria farmacéutica en la práctica médica (metacontexto, tercer nivel) operando a través del contexto de la acción simple. ¿Cómo? Con visitadores médicos que entran a la institución de salud, con docentes de la universidad que enseñan un modelo biomédico, con referentes expertos que escriben las guías en encuentros pagos por la industria, con propaganda de antihipertensivos en las

análisis de las interacciones sociales construyendo los órdenes de recursión en los estratos que nos habilita el campo (Samaja, 2004a). Samaja considera a la analogía como la inferencia involucrada en el proceso de descubrimiento y a la dialéctica entre los estratos de la matriz de datos, la posibilidad de entender la textura y dinámica del *"a priori de inteligibilidad que preside al proceso de la ciencia"* (Samaja, 2004a). Dicha dialéctica entre niveles se grafica en la Figura 2.1 en tres niveles de recursión con los aportes de Keeney a la propuesta de Bateson (Keeney, 1979). En la figura, se observa el enfoque recursivo que utilizamos, que en vez de explicitar las jerarquías ideales de abstracción, propone *"una escala que asciende en zigzag (como ilustración) de la dialéctica entre la forma y el estudio del proceso"* (Keeney, 1979).

Figura 2.1 Órdenes del análisis epistemológico. Foto del libro *"Estética del Cambio"* de Bradford P. Keeney, pág. 56.



En los capítulos de resultados explicamos, las dimensiones a problematizar en las escenas elegidas para evidenciar cómo se va hilvanando el proceso

revistas médicas, etc.. Vemos, a partir del análisis de la escena, los órdenes de recursividad (marco o frame para Goffman, coreografía para Keeney) que enmarcan la acción, que determinan el rol ideal a seguir por la médica, su actuación, como se define la situación y cómo se reproduce la fuerza dominante de la escena.

participativo en función de los diferentes condicionantes de la participación que se van presentando en el transcurso del análisis de la *Red AMBA*.

III. Análisis de datos constructor de teoría

Para iniciar el análisis se siguieron las tres fases que describe Ruth Sautu (2014): 1) lectura y familiarización con todas las transcripciones impresas, 2) desarrollo de temas y elaboración de núcleos temáticos y 3) organización y comparación de resultados y evaluación de conclusiones (Sautu et al., 2014). El manual de códigos fue construido en su primer borrador de manera deductiva, a partir de las dimensiones teóricas contempladas en el capítulo 3 para responder los objetivos. Posteriormente, a través de un análisis inductivo se identificaron categorías emergentes y se realizó un análisis temático de la información que se iba revelando del material de campo a medida que se profundizaba 1) la mirada retrospectiva y el análisis crítico de las situaciones elegidas como escenas, 2) el reconocimiento de la tendencia a los sesgos y 3) la posibilidad de pensar de manera abstracta sobre lo vivido.

Durante este proceso, se intentó reflexionar acerca del componente relacional para superar la tendencia a fragmentar el conocimiento empírico, que opera en la formación académica médica de la autora como un principio reduccionista de la ciencia que invisibiliza la naturaleza sociocultural e histórica de la realidad (Morín, 1984). Esta aproximación se vio reflejada en el primer borrador realizado para la lista de códigos y su posterior modificación iterativa con el análisis de los datos luego de aprender sobre la teoría fundamentada en datos (San Martín Cantero, 2014; Strauss & Corbin, 2016).

Dado que los conceptos e hipótesis se fueron elaborando a partir de los datos —siguiendo una intuición de disonancia entre el ideal de participación ciudadana y la realidad que observaba la autora de la tesis en el accionar de los actores de un programa de salud— se reconoce como rasgo fundamental del enfoque metodológico (Strauss & Corbin, 2016) el carácter *circular del proceso* (Flick, 2004), que permitía reflexionar sobre el proceso completo de

la investigación cada vez que se iban dando nuevos pasos que evidenciaban el claro vínculo iterativo entre recogida e interpretación de datos y la selección de material empírico necesario para fundamentar la teoría.

De esta manera con el material final seleccionado se pretende fundamentar con datos, la teoría explicativa que sustentaría que el objetivo de participación social en salud enunciado por Menéndez (1998) “*como un proceso significativo, pero no determinante, para organizar, movilizar y generar transformaciones en el nivel general de una sociedad*” (Menéndez, 1998, p. 14) ocurre cuando las políticas públicas en salud implementan de manera estructural, simbólica y física a la participación ciudadana, y ésta desplaza de las relaciones sociales a la violencia estructural, simbólica y física.

III.a Fuentes de datos

En total se recopilaron 54 documentos de texto durante el año de trabajo de campo, además de fotos y videos.

Para el primer capítulo de resultados, que versa sobre la PCS en su dimensión histórica-estructural, se utilizan los documentos de texto relativos a las escenas que ocurrieron en las tres dinámicas de mesas de café de las capacitaciones al equipo de implementación de la *Red AMBA* (**Tabla 2.6**). Documentos creados a partir de las transcripciones de las grabaciones (de 60 minutos aproximadamente de los diálogos de las mesas), registros de campo, registros de reflexiones posteriores del equipo, papelómetros contruidos durante los encuentros, videos y fotografías de la dinámica de la línea de tiempo sobre el proceso socio-histórico cultural en el que emerge el caso en estudio.

Para el segundo capítulo de resultados, que versa sobre la PCS en su dimensión más relacional (Menéndez, 1998), se analizaron diferentes escenas de momentos participativos de las tablas 2.4 y 2.5: escenas elegidas de las capacitaciones a promotores de salud, y durante las reuniones entre el equipo de salud, la comunidad y facilitadores de la *Red AMBA*, así como también escenas descritas en entrevistas a cinco funcionarios (Directores de

centros de salud, Directores de Atención Primaria de Salud, Subsecretarios de Salud) de diferentes municipios al año de iniciarse la *Red AMBA*.

III.b Procesamiento de datos

Los documentos fueron codificados y vinculados con el apoyo del auxiliar informático para el análisis de datos cualitativos Atlas.ti, versión 23.

La organización del análisis fue a través de: segmentar citas, codificar, conceptualizar, registrar reflexiones, categorizar, relacionar procesos y mostrar la teoría que se fue construyendo a través de diagramas de redes conceptuales. La posibilidad de representar conectores que sintetizan las relaciones que emergen entre códigos y categorías, como la posibilidad de graficar redes que grafican dichas relaciones nos permitieron expresar las dimensiones de las ideas analíticas en la teoría lograda sobre el fenómeno de la participación ciudadana. Todos estos procedimientos de primer y segundo orden, otorgaron poder explicativo a la matriz de datos considerada bajo el enfoque de Keeney.

III.c Teoría fundamentada en datos

El desafío en el análisis de esta tesis fue utilizar las técnicas analíticas que tienen como propósito la búsqueda de patrones, regularidades y frecuencias no como reflejo de leyes absolutas sino precisamente reflejo de una construcción teórica. En este sentido, el estilo de análisis es el propuesto por la teoría fundamentada en datos, es decir, *“la teoría como indispensable para el conocimiento profundo de los fenómenos sociales, constituye la mejor forma para representar la realidad social, por cuanto la teoría surge (inductivamente) de los datos”* (Abela et al., 2007, p. 58).

En la teoría fundamentada en datos los significados construidos intersubjetivamente entre investigadores y participantes son fundamentales para teorizar respecto de la realidad investigada. El propósito es descubrir y desarrollar la teoría que se desprende del contexto investigado y no sólo someterse a un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo

(Charmaz, 2006). Otra manera de ver esta diferencia es considerar válida 2 tipos de teorías: la *teoría sustantiva* que da cuenta de realidades humanas singulares porque se alimenta con procesos de recolección de datos de la investigación en curso de una manera dinámica y abierta que se diferencia de la *teoría formal o general*, que usa procedimientos deductivos cuya preocupación está en la verificación teórica, lo cual lleva a tener una perspectiva relativamente estática y cerrada por su apego a la generalidad (Sandoval, 1997).

La sensibilidad teórica es clave en el proceso investigativo (Strauss & Corbin, 2016) porque sitúa al investigador como el principal instrumento de la investigación. El investigador que trabaja con teoría fundamentada en datos es flexible, en tanto es capaz de direccionar la investigación de acuerdo con las *emergencias del campo* (Taylor et al., 2000).

La teoría fundamentada en datos hunde sus raíces en el interaccionismo simbólico (Blumer, 1986) y en lo que Goffman considera “*vivir la historia desde adentro*” para una comprensión de los significados construidos intersubjetivamente y así intentar desarrollar interpretaciones del mundo de los sujetos en función de sus propias interpretaciones, teniendo como objeto de investigación la acción humana.

Por lo tanto, la complejidad del escenario investigativo en el contexto de un programa de gestión de salud, desafía a construir conocimiento situado desde los sujetos y su mundo de vida. Podemos decir que es en el *hacer desde adentro* de la *Red AMBA*, en su condición de médica y gestora del programa de salud, que la autora indaga los significados de participación ciudadana en salud que se construyen en la historia y devenir de este estudio de caso.

IV. Rol epistemológico-metodológico de los valores de la investigadora

Por último, realizamos un proceso deliberado de reflexión–reflexividad conjunta con parte del equipo de gestión de la *Red AMBA*, siguiendo lo realizado por Carolina Gandulfo con los actores de su tesis (Gandulfo, 2007). Este recorrido –aparentemente inverso– nos permitió explicitar algunos de los conceptos teóricos que sirvieron como herramientas para

analizar y volver a problematizar el material que fuimos construyendo. Nos interesa señalar narrativamente el proceso metodológico que nos fue llevando del campo a la teoría, reflexividad de por medio, para recomenzar, volviendo nuevamente sobre los datos producidos en campo. Así, la interacción de los individuos frente al significado de los símbolos y los nuevos dispositivos que introdujo la *Red AMBA* para instituir la PCS (que se detallan en Anexos: proformas, formularios de actividades comunitarios, plenarios con facilitadores, etc.) y de cómo los cambios de símbolos cambian las personas y su comportamiento, captando significados por interacción, fueron también nutridos por el proceso de reflexividad logrado con las directoras de la tesis y con docentes significativos durante los cinco años del trabajo de confección de tesis.

En dichos procesos de reflexividad, algunas frases de las notas de campo y percepciones de los registros de campo de la autora fueron consideradas por sus mentores como “*enunciados morales*” realizados por la autora. Frente a las tensiones que se suscitaron de remover o no de la tesis aquellos enunciados valorativos sin justificación empírica-teórica seguimos a Rolando García (2006), que propone concebir el rol epistemológico-metodológico de los valores del investigador en el proceso de investigación, es decir analizar el componente social, ético, valorativo y político del investigador como una pieza clave de la orientación de la investigación. En un nivel más propiamente metodológico el concepto “marco epistémico” representa no sólo una concepción del mundo sino también la jerarquía de valores del investigador (García, 2006) que se ponen de relieve en la investigación. En este sentido consideramos necesario incluir parte de la *mémoire* de la autora —producción del taller de escritura del doctorado— que da cuenta de las motivaciones de la investigadora en realizar esta tesis y que condicionan también su aproximación metodológica y epistémica (Cuadro 2).

Cuadro 2: mémoire de la autora

“De las disonancias y ruidos categoriales que experimenté en el devenir médica durante los 90 en Buenos Aires, habiendo nacido en San Rafael, Mendoza y de los campos disciplinares que fui habitando, entre ellos el de la Epidemiología Crítica, transité el desmonte de un cierto sentido común. La constante extrañeza frente a la naturalización de un modo de ver las cosas en los distintos pasajes de mi vida, personales y profesionales, me permite comprender por qué estoy escribiendo esta tesis como socióloga dirigida a un auditorio médico, al cual me gustaría aportar — con el texto de esta tesis— a la reflexión sobre nuestros modos de hacer salud.

En mis propios desplazamientos sociales y disciplinares, reconozco en lo transicional la liminalidad de pertenecer a dos mundos —o a ninguno— la búsqueda constante de puentes que los acerquen, los ponga en un diálogo que permita el reconocimiento y la coexistencia de lo “no común”: aquello que se encuentra en tensión, que la otredad refleja como diferente pero que a la vez habilita la producción de nuevas socialidades y de nuevos mundos de la vida.

Siguiendo a Merklen (2015), son esos propios desplazamientos sociales —y lingüísticos— los que dan cuenta también de la deuda que las preguntas que orientan la investigación tienen con las coyunturas políticas en las que se originan:

“Se pone en juego no sólo la objetividad o la imparcialidad del investigador sino su responsabilidad política, puesto que su trabajo busca siempre cambiar el mundo. Al final de cuentas, si nuestro trabajo no tuviese ningún impacto sobre la realidad social, poco importaría cómo investigar, escribir o enseñar” (Merklen, 2014, p. 2)(Merklen, 2015)

Para mí, aquello que se encuentra en tensión es la deuda con la vida. La negación del otro en tanto otro, de su proximidad —alterizándolo— implica una violencia inscripta en la vida diaria, en particular una inscripción del cuerpo del otro/a, del espacio social y de las formas de enunciar el mundo (Castillejo, 2021).

Con esta tesis espero contribuir a dar lugar a un mundo en tránsito de lo inimaginable, de lo ideal a lo realizable, describiendo la línea entre el pasado, el presente liminal y el futuro por-venir porque *“lo que está en juego son las categorías con las que organizamos el mundo social, un mundo herido por definición” (Bracken, 2002).*

Finalmente, en clave de una explicación hermenéutica, de la interpretación de lo que se está expresando simbólicamente en las escenas de participación que describo en la tesis, espero como autora llevar las palabras donde el lector interpretante y parte del sistema, genere nuevos signos que lleven a un sentido —a un juego— inclusivo.”

Como podemos ver, parte del desafío metodológico de esta tesis es también invitar a que la predominancia en la investigación médica del enfoque positivista y neopositivista —instalada fuertemente en los espacios de

interacción del saber médico— se abra al debate teórico en torno a la importancia del carácter histórico y cultural de los fenómenos sociales Dimensiones siempre presentes, pero invisibilizadas, en las definiciones del campo biomédico de la ciencia, desde la forma de concebir la salud y la enfermedad, pasando por la forma de ejercer la práctica médica en el diagnóstico y tratamiento y en la gestión de los servicios de salud hasta la forma de ejercer nuestro rol de médicos o de gestores de la salud en participar al otro —y sus saberes— en temas de salud/enfermedad/cuidado.

V. El caso: la Red Pública de Salud AMBA durante el 2018-2019

Como dijimos anteriormente, existen múltiples interpretaciones en cuanto a la denominación y uso corriente del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y para esta Política Pública, según lo considerado en el Decreto N° 149/GCBA/12, se utiliza la denominación de AMBA como sinónimo del gran territorio conformado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un conjunto de 40 municipios contiguos, localizados en la Provincia de Buenos Aires (al incluir en la delimitación al denominado Gran La Plata, conformado por La Plata, Berisso y Ensenada). Se estima, por proyecciones del censo nacional del 2010, que en el AMBA viven unos 14.819.137 habitantes, concentrando el 37% de la población del país, y que la tasa de población con cobertura sólo pública asciende a 48,8 %.

Marco normativo

Mediante la Ley Provincial de la Provincia de Bs. As. n° 10784 y la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ley 153/99 se habilitaba la formulación de políticas de salud y acciones con articulación y complementación entre las jurisdicciones del área metropolitana. El Decreto N° 1090-GPBA-18 crea el Proyecto de la Red Pública de Salud AMBA bajo la órbita del Ministerio de Salud y aprueba el Convenio a ser firmado por el Ministro de Salud de PBA y el Intendente de cada municipio que decida adherir a la *Red AMBA*. Dicho convenio era luego avalado por el Concejo Deliberante Municipal y de la Resolución aprobatoria ministerial. Por otro

lado, la resolución emitida por el Ministro de Salud de la PBA Número 1106/2018 del 7 de mayo de 2018, designó al coordinador del Programa.

Financiamiento

El presupuesto de la Red Pública de Salud AMBA, según los informes, era financiado 100% con presupuesto provincial. Para el 2018 el mismo fue de \$1.088 millones de pesos, de los cuales \$370 millones (34%) correspondieron a la línea presupuestaria del Ministerio de Salud y \$717 millones (66%) a la de Infraestructura. Para el 2019 el presupuesto aprobado fue de \$3.220 millones, de los cuales 2.118 millones (66%) correspondieron a la línea de infraestructura y \$1.102 millones (34%) a la de salud. Posteriormente el Ministerio de Salud de la Provincia y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), trabajaron en conjunto para la obtención de dos préstamos internacionales con distintas características, teniendo como uno de sus ejes a la Red Pública de Salud AMBA: a) El Programa de Desarrollo de Áreas Metropolitanas del Interior II (DAMI II) Préstamo BID N° 3780/OC-AR (préstamo no reembolsable por un monto total de USD 20 millones) y b) el PROFIR: Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud de la Provincia de Buenos Aires (AR-L1312). El monto total del préstamo era de USD 150 millones, siendo para la Red AMBA alrededor de USD 72 millones (48%). Ambos tenían fecha de desembolso posterior al 2019, realizándose las formalidades necesarias frente al cambio de gobierno para darle sustentabilidad a política pública de manera transpartidaria y transjurisdiccional.

Sostenibilidad municipal

La cláusula sexta del convenio celebrado entre la PBA y los municipios, refería que a partir del mes 25, el municipio debía ir afrontando progresivamente las proporciones del gasto que el Ministerio de Salud de la PBA vaya dejando de cubrir. Una vez transcurrido el plazo de sesenta meses, el municipio se comprometía a afrontar la totalidad de los costos incrementales de la red en su jurisdicción. El costo adicional que implica la

implementación de la política pública variaba según jurisdicción, correspondiendo en promedio a un 3% del total anual del presupuesto municipal. El informe final hace referencia a diversas estrategias para afrontar a futuro dicho costo: a) recupero de costo (se refiere al recupero de las atenciones de las personas que, teniendo alguna obra social o prepaga, se atienden en los efectores de salud públicos del AMBA), b) programas nacionales y/o provinciales (se refiere a que la implementación de los sistemas de información en los efectores sanitarios eficientizaría los procesos que se requieren para las transferencias de recursos provenientes de programas nacionales y/o provinciales).

Evaluación al año de implementación

En el informe de evaluación realizado con un diseño quasi-experimental (basal-seguimiento) sobre una muestra de usuarios en salas de espera, algunas dimensiones presentaron mejoras (la percepción edilicia, el acceso a turnos, entre otras) sin observarse diferencias significativas en las preguntas relacionadas con la participación comunitaria. Ver Anexo.

Objetivos durante la línea de tiempo de la Red AMBA

La Red Pública de Salud AMBA se implementó entre el 2016 y el 2019, en la CABA y en 21⁴⁷ municipios de la provincia de Buenos Aires, mientras ambas jurisdicciones se encontraban gobernadas bajo un mismo partido político (“Cambiemos”).

El principal motivo del programa es expresado por el coordinador:

...El principal motivo de este programa es que la distribución desigual de la oferta de servicios sanitarios, concentrados principalmente en la CABA y algunos municipios del Gran Buenos Aires, ha generado corredores sanitarios propios de la población que trascienden las fronteras administrativas jurisdiccionales, generando largos desplazamientos que evidencian la vulneración del derecho a un sistema de salud disponible y

⁴⁷ Lanús, Morón, San Miguel, Quilmes, Almirante Brown, Tres de Febrero, Ezeiza, Brandsen, Marcos Paz, Lomas de Zamora, Pilar, Moreno, General San Martín, Hurlingham, Vicente López, General Rodríguez, San Isidro, Tigre, Esteban Echeverría, Avellaneda y San Vicente); los 19 primeros cuentan con la firma del convenio.

accesible.” (Discurso inaugural del Coordinador de la Red AMBA al Grupo 1)

La propuesta es una estrategia de gestión del componente humano, la vinculación entre funcionarios:

*“Considerando que un sistema se constituye como tal cuando ocurre la integración de sus componentes bajo un propósito común, la implementación de esta política pública se propuso contribuir al desarrollo del sistema de salud, es decir a gestionar la integración de sus componentes, más allá de contemplar recursos físicos y asegurar las condiciones y capacidades de los individuos necesarias para brindar un servicio de salud. En este sentido, se **diseñaron estrategias que apuntan a la construcción compartida del propósito y a la vinculación entre las personas involucradas en todo el sistema de salud**, haciendo énfasis en la participación ciudadana en los distintos niveles de gestión e implementación.”* (Informe de Gestión final)

La Red pública de Salud AMBA fue una propuesta concreta que consensuaron los jefes de gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, para el abordaje de la salud de forma bi-jurisdiccional y en cada municipio con la gestión local.

El proyecto no tenía una única dependencia orgánica, es decir se encontraba en el organigrama de las dos jurisdicciones dependiendo de cada gobierno y ambos gobiernos nombraban un mismo coordinador para el programa. Liderado por el sanitarista Fernan Quirós, se inició en enero 2016 en la CABA y a partir de mayo 2018 los municipios de la provincia de Buenos Aires se fueron incluyendo progresivamente. Luego de las elecciones ejecutivas de octubre 2019, con el cambio de gobierno en la provincia de Buenos Aires al mando del “Frente de Todos”, el programa se discontinuó como red interjurisdiccional. Continuó en la CABA dentro del plan de salud ministerial y en la provincia de Buenos Aires se renombró como programa PROFIR, el cuál pasó a depender del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires y mantuvo los convenios firmados con cada municipio para el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Para diseñar el presupuesto, durante el segundo semestre del 2017, a partir de un relevamiento descriptivo en 26 de los 40 municipios de la PBA que integran el AMBA, se realizó un análisis de brecha en las dimensiones de estructura edilicia, recursos humanos, sistemas de información y del modelo de atención⁴⁸. Este estudio permitió la confección del informe del anteproyecto para conseguir aval político y financiero para la *Red AMBA* en 21 municipios del AMBA.

En dicho análisis, sobre los 455 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) se evidenció una gran dispersión en la oferta de atención entre jurisdicciones. Así por ejemplo, la tasa de consultorios cada 10.000 habitantes del municipio con mayor oferta quintuplicó al de menor oferta. Además, sólo el 37% de los CAPS se encontraba en buen estado de conservación edilicio y su equipamiento médico era insuficiente, 1 de cada 5 CAPS no contaba con atención programada y en menos de 1 de cada 3 se realizaban actividades comunitarias en forma semanal. Según datos aportados por las Secretarías de Salud de 15 municipios del Gran Buenos Aires, se evidenció una necesidad de incorporar recursos humanos de prácticamente todas las funciones. Se observó una amplia variabilidad en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud entre municipios; aquel con mayor remuneración triplicó al del salario más bajo. Se estimó que la población a priorizar era de 6.629.100 habitantes.

Hacia fines del 2017, en paralelo con el estudio descriptivo y sin garantías aún de conseguir el financiamiento para iniciar el programa, se realizó un estudio de investigación sobre la factibilidad de fortalecer el modelo de gestión y atención de los centros primarios de salud.⁴⁹ El estudio fue un

⁴⁸ El estudio de brecha en APS y el de factibilidad de implementar un modelo de gestión participativa de la salud en los CAPS se realizó con los fondos destinados del acuerdo Nación-Provincia-CABA a las propuestas de la Comisión Consultiva del AMBA (COCAMBA)

⁴⁹ El equipo del estudio piloto para diseñar cómo el programa podría fortalecer el modelo de gestión y atención se conformó con 8 facilitadores: Alba, enfermera, Juan estudiante de sociología, Julia estudiante de antropología, Brenda, psicóloga, Niza y Agostina estudiantes de Trabajo Social junto con dos carreristas de la especialidad de epidemiología del Instituto Universitario del Hospital Italiano: Andres, antropólogo ex residente de la Rieps y Rocío médica clínica con residencia del Fernandez. El equipo de coordinación se conformó inicialmente por Ana Maria, Cata y Silvana (docentes de la carrera de especialización en epidemiología).

piloto con cuatro municipios (Lanús, Morón, Quilmes y San Miguel) y permitió diseñar, con adaptación local, un modelo de facilitación de dinámicas participativas en cada centro de salud de cada municipio.⁵⁰

En esa etapa, los secretarios de salud de esos cuatro municipios habilitaron el ingreso al equipo de la *red AMBA* a un sólo centro de salud para iniciar, junto con los directores y los equipos de salud de esos centros, una posible formulación inicial de cómo conformar la participación en la gestión, lo que luego se llamó Gestión Participativa Basada en Problemas (GPBP). Ese modelo proponía la co-creación de dinámicas de gestión participativas moderadas por funcionarios del programa con el rol de facilitadores⁵¹ de las interacciones sociales en el abordaje de los temas de salud. En ese estudio de factibilidad, la sistematización del proceso se realizó en un primer manual para equipos de salud y la comunidad, con descripción de los modos y las características profesionales y aptitudinales de las personas para llevar a cabo roles de facilitación de procesos complejos (ver link a los manuales en Anexo).⁵²

En la línea de tiempo de la historia de la *Red AMBA*, se consiguió el aval político y financiero hacia febrero del 2018. En el documento, el decreto provincial de la *Red AMBA* proponía conformar una red integrada de cuidados progresivos de los servicios de salud en el AMBA, articulados desde un primer nivel de atención centrado en la comunidad con participación ciudadana en el modelo de gestión y atención de la salud (MOGYA).⁵³ Como mencionamos, la *Red AMBA* contaba con presupuesto para mejoras en infraestructura, en recursos humanos, en sistemas de información y para implementar el MOGYA.

⁵⁰ Los resultados descriptivos del estado de la APS en el conurbano en el 2017 así como los avances de la Red Pública de Salud AMBA pueden encontrarse en el documento oficial del Programa de Desarrollo del Área Metropolitana del Interior (DAMI) préstamo BID 3780 <https://www.argentina.gob.ar/dami/centro/amba/area-metropolitana-buenos-aires-salud>.

⁵¹ basadas en las de problematización aportadas por la Rieps, tanto en capacitaciones formales por Claudia Lomagno como por Andres Pereiro y un gran volumen bibliográfico de metodologías participativas y educación popular.

⁵² Según este estudio, cada equipo de facilitación de cada municipio requería 1 coordinador, 1 ayudante de coordinación y una dupla de facilitadores cada 5 centros y un proceso de capacitación a medida que ingresaban.

⁵³ Decreto N°1090-GPBA-18, formaliza el programa de la Red Pública de Salud AMBA.

Principales resultados del programa referidos por el informe final de gestión

A modo resumen, para enmarcar el caso de estudio, a partir del análisis de los informes de gestión de la Red Pública de Salud AMBA se observan que los principales resultados en el periodo 2018-2019 fueron:

1) en el eje de fortalecimiento de infraestructura: se hicieron obras en 388 CAPS de 21 municipios (en 77, 20% fueron nuevos y en 311, 80% refacciones)⁵⁴.

2) En el eje del fortalecimiento del personal de salud: se incluyeron un total de 1110 trabajadores en los CAPS, lo que significa un aumento del 46%. con un aumento de la tasa de profesionales de salud de 2.7 a 3.8/10.000 hab. La implementación de las nivelaciones salariales tuvo aparejado, por un lado, un aumento promedio del 35% en los salarios. Por otra parte, la variabilidad entre municipios de los salarios entre los trabajadores disminuyó. Cabe destacar que la fragmentación y falta de coordinación entre programas nacionales, provinciales y municipales que se describió en el capítulo 1 a lo largo de la historia, se vio reflejada en la diversidad de formas de contratación de los trabajadores de salud que tenían regímenes salariales diversos: algunos eran rentados por el gobierno provincial (plan ATAMDOS, plan Muñiz, becas Salud con el Pueblo) otros por el ministerio de la Nación (Médicos Comunitarios) y un tercer grupo son rentados por el municipio, existiendo diferentes regímenes horarios y diferentes situaciones laborales (trabajadores de planta, temporarios, becarios y profesionales rentados con “reemplazos de guardia”). A la diversidad de situaciones laborales se le suman las dificultades para cubrir la demanda de atención, por lo cual muchos trabajadores tenían su carga horaria repartida en varios CAPS. Una categoría nativa de las áreas administrativas era llamarlos “*médicos taxi*” por ir de un centro de salud a otro). Por último esta heterogeneidad se expresa en la composición del salario médico, los

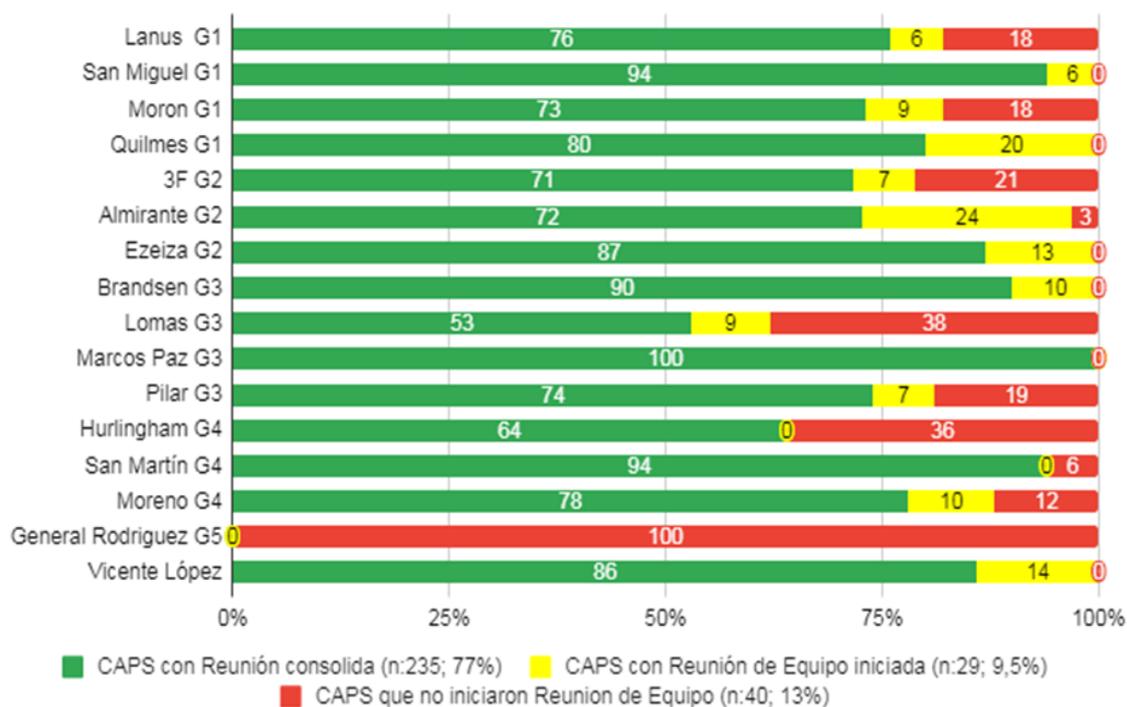
⁵⁴ En este link se pueden ver las obras realizadas a fines del 2019
<https://youtu.be/8StksqzsQ8U>

trabajadores de salud perciben remuneraciones de diferente tipo y origen en relación a los programas en los que están incluidos.

3) En el eje sistemas de salud informatizados: A principios de octubre de 2019 había 107 CAPS entregados en condiciones para la implementación, todos ellos con Apertura de Historia Integral de Salud (AHIS) con un total de 599.126 personas con AHIS y en 31 CAPS se había instalado el gestor de turnos con entrega de 47.000 turnos de forma electrónica a octubre 2019. En 15 municipios se usaban los aplicativos que facilitaban los procesos de recupero de costos de programas, como el SUMAR, reduciendo además los procesos de información fragmentada y sobrecarga de trabajo en el personal de salud.

4) Por último en el eje MOGYA, se informa que se conformaron de 436 (49%) equipos de salud nucleares (ESN) sobre una meta a alcanzar de 883, Se redefinieron 330 áreas programáticas de 16 municipios y 82 equipos determinaron su área de responsabilidad; se incluyeron 276 (39%) promotores de salud a los 697 equipos de los municipios de los grupos 1 a 5. Dentro de los lineamientos del programa los ESN tenían tiempo protegido y remunerado para la reunión de equipo, para la cual durante unos meses contaban con un facilitador de la misma. La figura del meme de la introducción hace referencia a la dedicación del equipo de facilitadores. El indicador de evaluación sobre la consolidación de las reuniones de equipo se muestra en el **Gráfico 2.1**.

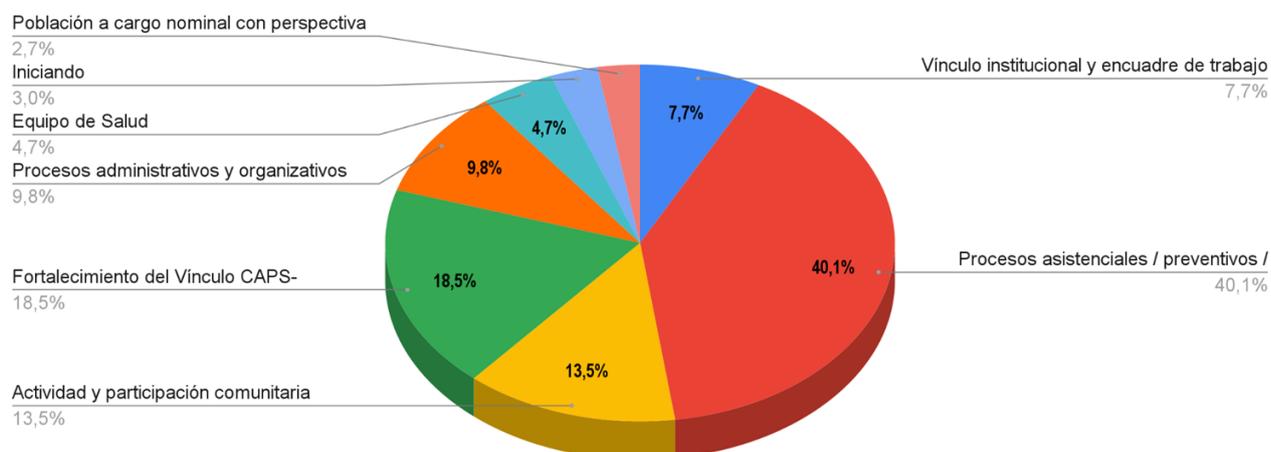
Gráfico 2.1: Porcentaje de CAPS municipales G1 a G5 según la consolidación de sus Reuniones de Equipo (n=304)



La metodología de GPBP se llegó a aplicar en 226 (73%) CAPS. Los ejes de gestión de esos proyectos fueron: comunitarios 34,7%, asistenciales/preventivos/promocionales 40%, administrativos 9,8%, equipos de salud y encuadre del trabajo 12,4%. **Gráfico 2.2.**

En relación a la capacitación continua formaron 1.226 trabajadores de los equipos de salud en espacios de capacitación impulsados por la *Red AMBA*.

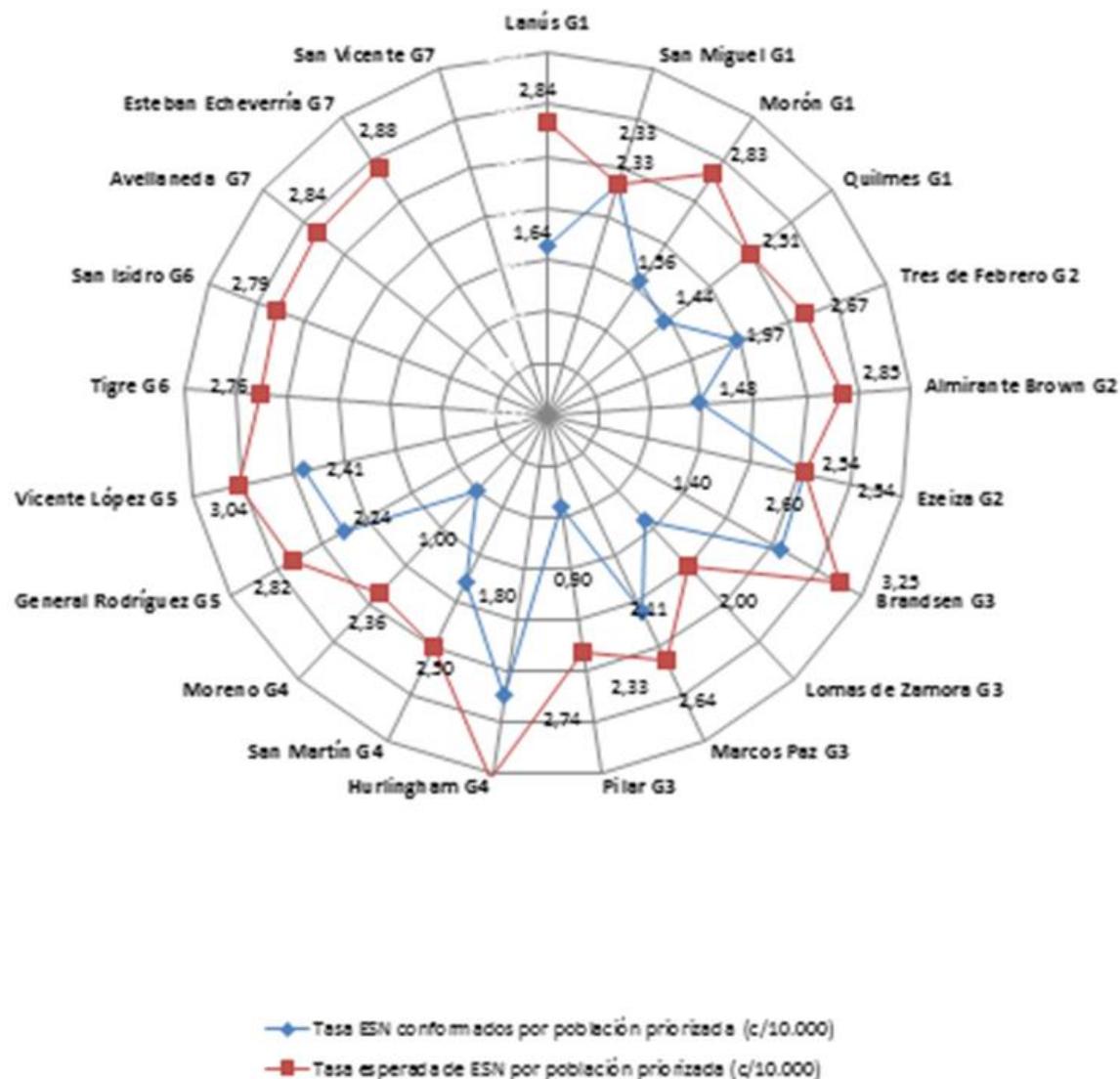
Gráfico 2.2: Distribución porcentual de ciclos de mejora en municipios del G1 al G4 según eje de gestión (n de ciclos=297) a Octubre 2019 durante el programa Red AMBA



*Para el gráfico se consideraron aquellos municipios con GPBP implementada: con al menos dos proformas de ciclo de mejoras trabajadas con los ES de los CAPS

La política impulsaba la conformación de un equipo de salud nuclear cada 3.500 personas o 700 familias sin embargo el **Gráfico 2.3** muestra que la tasa esperada de ESN varió entre 2,33 y 3,56 cada 10.000 personas priorizadas, por que la decisión final acerca del número y el denominador fue resultante de las consideraciones en el proceso de adaptación local del equipo mixto entre el municipio y la Red AMBA.

Gráfico 2.3: Tasa esperada y lograda de Equipos de Salud Nucleares por municipios adheridos a la Red AMBA a octubre de 2019.



Sobre el modelo de gestión de la Red AMBA

Del análisis del programa, se observa que para lograr la integración en red se gestionó a nivel macro (a nivel provincial y municipalidad), a nivel meso (en las secretaría de salud y de desarrollo social de cada municipio) y a nivel micro (en cada centro de salud de atención primaria de cada municipio y en

su comunidad).⁵⁵ **Tabla 2.1.** La gestión y articulación entre los tres niveles se llevó a cabo mediante la conformación de *equipos mixtos*, compuestos por personal de la *Red AMBA* y de los niveles macro, meso y micro de cada municipio.

Tabla 2.1: Funciones de los ejes estratégicos para la implementación de la Política según niveles de gestión

Nivel de gestión	Modelo de Gestión y Atención	Trabajadores de la salud	Infraestructura Edilicia	Sistemas de Información
Macro	Convenios interjurisdiccionales Priorizaciones y aspectos políticos Aspectos económicos Planificación de la comunicación			
Meso	Favorecer la articulación entre Secretarías Articulación con Programas provinciales y nacionales Acuerdos con otros niveles			
	-Facilitar la adaptación local de la visión de APS del Plan integrando la perspectiva de la comunidad -Favorecer la definición de roles dentro de la red -Facilitar abordajes intersectoriales para los determinantes de la salud	-Análisis de la información del personal con Área RRHH Municipal -Ejecución de concursos y contrataciones -Acuerdos con otros niveles -Planificación de la comunicación a TdS	-Definir red de CAPS, cronograma de obras y plan de contingencia. -Definición de terrenos para CAPS nuevos -Seguimiento de las obras	-Creación del entorno municipal para las aplicaciones de salud -Implementación de las aplicaciones de salud -Interoperabilidad en los municipios que cuentan con HIS
Micro	-Fortalecimiento de la estrategia comunitaria del CAPS -Actividades participativas para la adaptación del Programa a la realidad y prioridades locales -Acompañamiento para la transformación de procesos de gestión y atención primaria de la salud -Articulación con otros programas iniciativas sanitarias	-Adaptación del estándar de RRHH al nivel local -Identificación de líderes comunitarios para la incorporación de promotores	-Adaptación del estándar de infraestructura a las necesidades de la comunidad y sus prioridades	-Capacitación y acompañamiento para la transformación de procesos de trabajo y registro de la información -Puesta a punto de la Infraestructura tecnológica -Recabar necesidades de usuarios de HIS (para reflejar la complejidad social en los Sistemas de Información)

A nivel micro, en los centros de salud, lo primero a destacar es que los profesionales de salud realizaban su trabajo con la superposición de perspectivas que se imprimen en las prácticas según los programas existentes⁵⁶, algunos con concepciones contrapuestas, unas más

⁵⁵ <https://www.lanacion.com.ar/opinion/la-salud-politica-estado-metropolitana-nid2316204>

⁵⁶ Los programas de prevención se organizan de acuerdo con cuatro ejes: el eje del niño (Programa Materno Infantil, que incluye un subprograma de Gestantes y Puérperas. Asimismo se incluye el PROBAS (Programa Bonaerense contra el Asma infantil) y el Programa de Salud Escolar), el eje de la mujer PROGEMA (Programa de prevención del cáncer genito – mamario) y el Programa de salud Sexual y Reproductiva), el eje del adulto AKAP (Programa de Asistencia Kinesiológica en Atención Primaria) y el PRODIABA (Programa para la Diabetes de la provincia de Buenos Aires) y el eje transversal REMEDIAR, el Seguro Público de Salud, el IRAb (Infecciones Respiratorias Agudas

universalistas, con una perspectiva más integral y permeadas por los discursos que intentan recuperar las formulaciones de la APS entendida como estrategia; y otras más cercanas a las perspectivas focalizadoras, que seleccionan población de riesgo según expresa la hegemonía de la epidemiología del período. Esta coexistencia de ideologías se resolvía adaptando los procesos de trabajo a las condiciones exigidas por cada uno de ellos, expresada en cumplir por parte de los trabajadores de salud, diferentes planillas o bases de datos para responder a los indicadores de metas —biologicistas—, no integrados ni transversalizados por sistemas de gobernanza local con interoperabilidad informática.

Equipo de la *Red AMBA* y algunas tensiones condicionantes de la participación en salud

El equipo de la *Red AMBA* contaba a nivel central con un coordinador general, un equipo de planificación y gestión central y otro de implementación integrada. Cada uno de los cuatro ejes de la implementación contaba con un coordinador y sus respectivos equipos técnicos y dos coordinadoras transversales acompañaban la implementación integrada. El equipo incluía especialistas en ciencias políticas, ciencias de la salud, ciencias sociales, economía, administración de empresas, recursos humanos, arquitectos y equipo de logística (incluido el traslado de personas). Existía un equipo técnico específico para dar soporte a la gestión eco-comunitaria (conformado por cuatro personas: sociología, psicología, musicoterapeutas y de bellas artes).

El equipo central se organizaba funcionalmente según sean las acciones y necesidades de los cuatro ejes estratégicos que surgían para llevar adelante la planificación, gestión, evaluación y seguimiento, tanto en la articulación de la macro y mesogestión, provincial y municipal, como en la implementación en cada municipio. Los roles flexibles de los integrantes

bajas), el TDO (Tratamiento Directamente Observable) para tuberculosis, el programa de Inmunizaciones, el Programa de Difusión de Información Sanitaria a la comunidad, el programa de Odontología, el Programa VIH/SIDA y el Programa de Salud Mental). El Programa SUMAR (antes plan NACER) funciona transfiriendo fondos en función del número y calidad de las prestaciones que financia el programa bajo una estrategia de nominalización.

lograban cubrir las funciones que se necesitaban llevar a cabo para lograr una coordinación general del programa, funciones en temas políticos, de presupuesto, monitoreo de la implementación, comunicación y administración, como de las coordinaciones de los ejes específicos y transversales, tanto en el territorio como en los espacios decisores de gobiernos. Esta flexibilidad, de roles y tareas, emergía de las reuniones del equipo AMBA nuclear y podemos decir que fue una característica del programa, donde se problematizaban las tareas en equipo, surgían otras, circulaban las opiniones, se consensuaban los modos a seguir y se distribuían las acciones, con algún grado de heterarquía respetando la expertise de cada integrante y sus cuestiones vitales. Este equipo era responsable de dialogar la implementación con las diferentes áreas de gobierno, sin tener dependencia de ninguna en particular. En varias oportunidades, se presentaban tensiones y destratos de agendas confirmadas, que podrían considerarse símbolos de expresión de verticalismo frente a la relativa autonomía que el equipo de la Red AMBA tenía.

A nivel local se solicitaba en cada municipio una sede para el equipo de AMBA. La adjudicación de la cercanía (en términos de barreras de accesibilidad) de dicho lugar, se correlacionaba con lo que podemos decir era una aceptación forzada a una condición del proyecto de conformar un equipo de implementación local. Esto parecería ser vivido como una intromisión “en su territorio”, a pesar de haberse consensuado en cada municipio, en la negociación para aceptar el proyecto.

Cada municipio contó con un equipo de implementación formado por una coordinadora o coordinador, uno a tres ayudantes de coordinación (de acuerdo a la población priorizada de cada municipio) y facilitadores que trabajaban a nivel de microgestión en los CAPS para impulsar el Modelo de Gestión y Atención y los Sistemas de Información. Este equipo permanecía 1 año y 6 meses en el municipio y luego rotaba a otro municipio. Cabe remarcar que los coordinadores de municipio, eran quienes presentaban los avances mensuales de la implementación en reuniones en el municipio, con el intendente, el coordinador general de AMBA y el resto de los equipos

técnicos de ambos lados. En las agendas de reuniones se encuentran nombrados tanto en reuniones de la meso, de la micro y en las de algunas de niveles macro de gobierno, por lo que parecerían ser quienes articulaban gran parte de la estrategia referida por Chiara (2005) para llevar a cabo la implementación con un “régimen de implementación local” en las dimensiones simbólicas, materiales y políticas en cada municipio. Como características, si bien muy diversas, las y los coordinadores tenían la mayoría una gran experiencia en gestión en salud, en cargos de ejecución de programas, del ministerio de salud o de las secretarías de salud municipales, además de contar con un perfil docente y académico.

Sin embargo, la mayor proporción del personal de la *Red AMBA* integraba el equipo de facilitadores, cuya principal tarea era la de acompañar el MOGYA. Eran principalmente estudiantes o egresados de carreras como sociología, psicología, ciencias políticas, antropología, trabajo social, historia, enfermería, entre otras. También el equipo se conformaba de un número importante de implementadores de los sistemas informáticos (pertenecientes a carreras más diversas). La mayoría de los facilitadores contaba con experiencia en implementación de programas en territorio (Enviación, Argentina Trabaja, etc) o pertenecían a diferentes organizaciones con trabajo territorial. Entre ambos grupos, conformaban un equipo de aproximadamente 300 personas. En la línea de tiempo de la *Red AMBA*, ambos grupos se integraron en lo que autodeterminaron llamar como “*equipo de facimples*”.

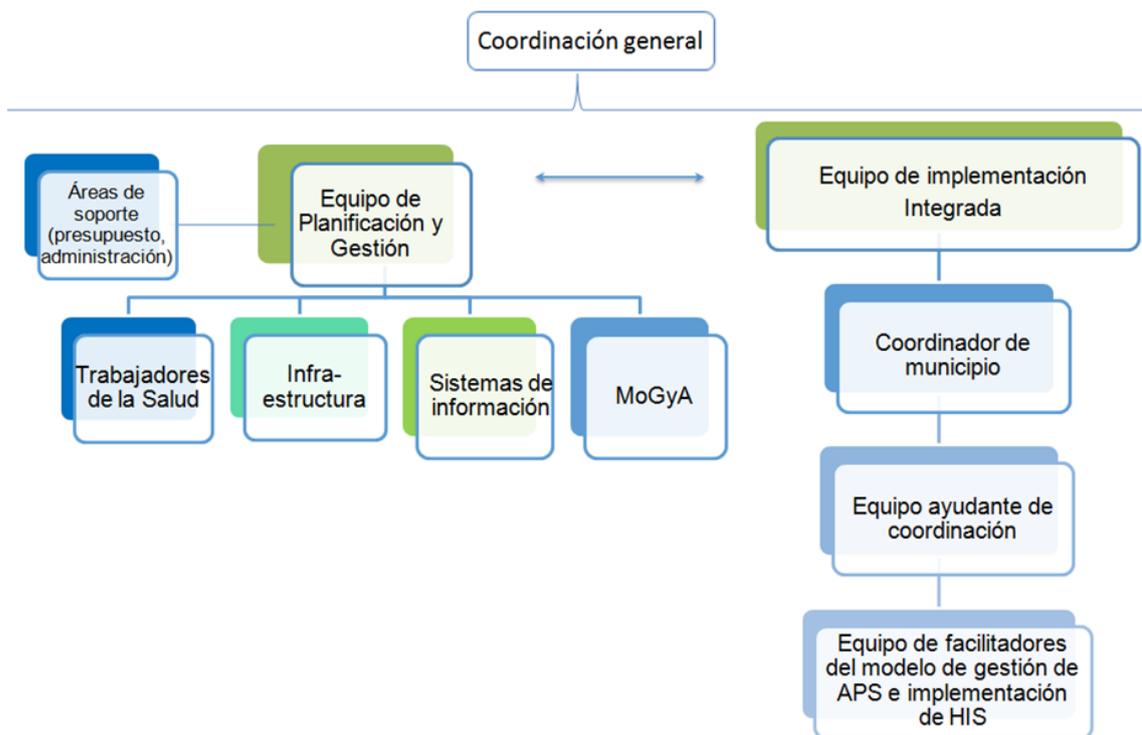
En relación a los facilitadores, salvo los del G1, que fueron seleccionados por la *Red AMBA* sumando a los integrantes del piloto de factibilidad a otros seleccionados para cubrir los puestos del grupo. En el resto de los municipios fueron seleccionados mediante entrevistas conjuntas con funcionarios de cada municipio. Se describe que ese proceso transcurrió con diferentes grados de condicionamiento de elegibilidad según ideología política del municipio, desconfianza a la *Red AMBA* por la preselección de envío de currículum realizada, incluso denuncias de algunos aspirantes

sobre averiguaciones en las redes sociales del perfil, por parte del municipio al que se presentaban.

En una propuesta realizada desde AMBA a un municipio, para que acepte un coordinador muy idóneo para la tarea que además vivía en esa localidad, la propuesta fue explícitamente rechazada por diferencias partidarias con quien gobernaba el municipio por más de 15 años: “*Este es un pueblo chico, y nos conocemos todos, sabemos quien es ese chico, pertenece a otro partido, será un experto pero no*” (de una funcionaria de la Secretaría de Salud). Este episodio, soslaya el entramado de intereses de los actores locales, en las restricciones y resistencias que se inscriben a la gestión de programas (Chiara & Di Virgilio, 2005). Haciendo una enojosa analogía, parecería que los habitantes de los territorios estamos “marcados por un patrón de estancia”, no importa la capacidad profesional, el saber o habilidad que tenga una persona para impulsar acciones de salud en el propio lugar donde vive (objetivo de este programa y de todos los que enuncian la participación ciudadana), el androcentrismo normalizado nos marca cual ganados, en buenos o malos, para su finalidad de control y perpetuarse en poder, parecería que estas personas adolecen y descreen de habilidades dialógicas que integren la diversidad y no serían justamente clasificados, según describimos en el capítulo 1, referenciándonos a Buraschi (2019) como *personas participantes*, por que ven al otro como enemigo (Buraschi et al., 2019). En el capítulo 3, adelantamos que estas personas reproducen en sus interacciones fuerzas que Samaja describe pertenecientes a niveles evolutivos sistémicos más arcaicos, las describe como fuerzas gregarias o gentilicias, que evolutivamente reproducimos, si los contextos se siguen conformando amenazantes (Samaja, 2004b).

La **Figura 2.2** muestra la organización del equipo que lleva adelante la planificación, gestión e implementación.

Figura 2.2: Organización del equipo de la Red AMBA

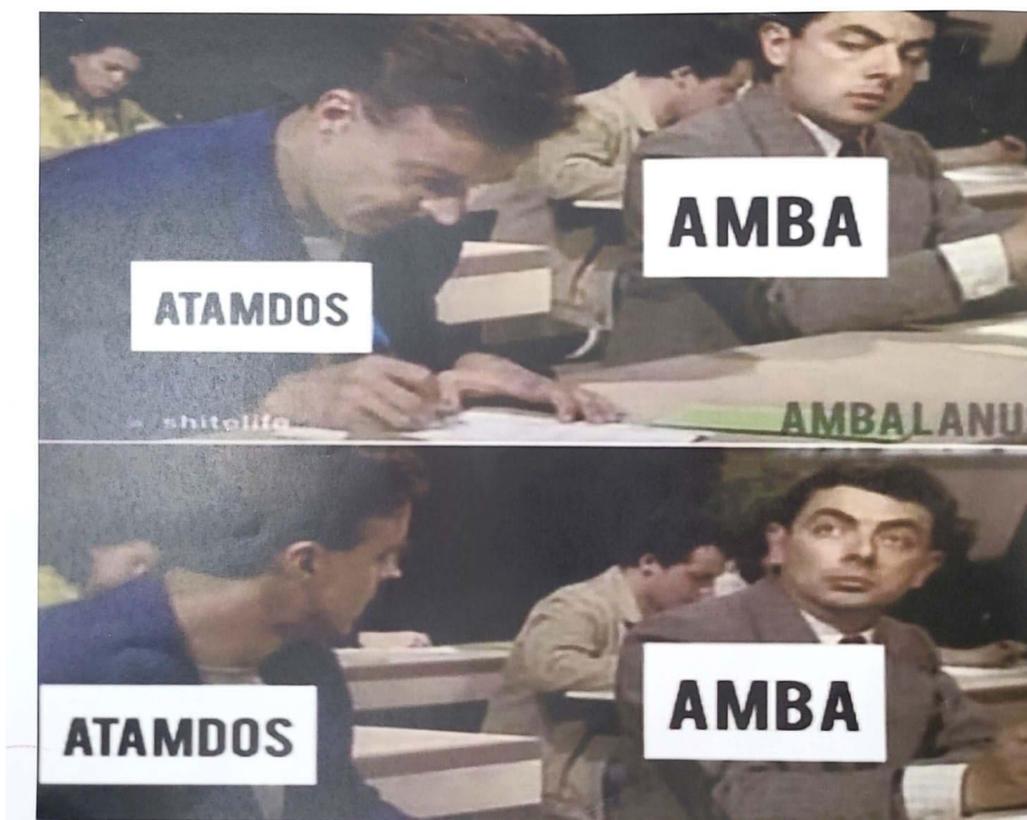


V.a De cómo la Red AMBA se proponía institucionalizar la planificación ciudadana de su salud

Uno de los principales objetivos de la APS de Alma ATA, era la planificación de políticas públicas con participación ciudadana y como describimos en el capítulo 1, esta fue dificultosamente implementada a lo largo de la historia de la Provincia de Buenos Aires. La Red AMBA, encontró muchos municipios que ya contaban con una fuerte impronta de actividades “extramuros”, realizadas por impulsos de sus propios trabajadores, especialmente los médicos generalistas, los trabajadores de ATAMDOS y los becarios del Programa de Médicos Comunitarios. Esta motivación ya existente en algunos centros de salud, era desde dónde se

articulaba el aporte del programa por la dupla de facilitadores de la *Red AMBA* que iban al centro a acompañar los procesos del MOGYA. La Figura 2.3 muestra un meme realizado por un integrante del *equipo de facimples* de Lanús, que da cuenta de cómo se representaba la propuesta del programa en similitud con el de ATAMDOS.

Figura 2.3: Meme realizado por el *equipo de facimples* sobre la representación de la *Red AMBA*



Desde la voluntad política, se declamaba un lugar a la participación ciudadana desde el sistema de salud. En una entrevista periodística realizada al coordinador de la *Red AMBA*, éste refiere:

“La principal diferencia radica en el diseño y funcionamiento del sistema público, su foco en las actividades de promoción y prevención, la necesidad de representar más detalladamente los determinantes sociales de la salud y los contextos socio-familiares, la necesidad de representar las actividades

comunitarias y la participación ciudadana en la planificación de las actividades salutogénicas.”⁵⁷ (nota periodística)

Como dijimos, la *Red AMBA* conformó un equipo de más de 200 facilitadores (principalmente de carreras de las ciencias sociales) que trabajaban en duplas —cada dupla facilitaba la participación en cinco centros del primer nivel de atención— acompañando la priorización de los temas de salud en base a las características y necesidades de la comunidad determinadas mediante herramientas de la epidemiología comunitaria: Análisis Participativo de la Situación de Salud (ASISp), árbol de problemas, dinámicas de co-gestión, mapeos colectivos, etc. (Tognoni, 1997) (Risler & Ares, 2013) (de Sousa Campos, 2009).

A diferencia de otros programas que suelen definir de manera centralizada los temas a ser financiados según cumplan con indicadores prefijados, se financiaban las acciones que resultasen de la problematización local del tema elegido inicialmente por los propios profesionales de cada centro de salud; problematizaciones que requerían ser sistematizadas para dar garantía a los niveles meso y macro de los indicadores del gasto en salud. Estas sistemáticas e indicadores debían ser co-construidos desde las necesidades locales por los equipos de salud y documentados con una metodología de gestión participativa basada en problemas (GPBP)⁵⁸ construidas con aportes de metodologías de planificación participativa y gestión asociada de Hector Poggiese (Poggiese et al., n.d.). Esta metodología, según los manuales, se proponía para crear proyectos innovadores diseñados por los propios beneficiarios junto a los equipos de salud y la Red AMBA ofrecía “un servicio de facilitación del diálogo y del conflicto”. Dentro de esa metodología, las diversidades y particularidades de cada territorio eran resumidas como “emergentes” (en un documento llamado *proforma* que era realizado, con asesoría del facilitador, por el propio equipo de salud); los emergentes eran trabajados entre facilitadores junto a los coordinadores

⁵⁷ <https://metropolitana.org.ar/idm/hacia-un-sistema-metropolitano-de-salud-publica/>

⁵⁸ La técnica de gestión participativa basada en problemas de este programa tiene componentes de la Planificación participativa y gestión asociada de Flacso, y la co-gestión y método Paideia de Gasto Sousa Campos.

municipales de la *Red AMBA*, quienes a su vez los llevaban a las reuniones semanales con la mesogestión del municipio por un lado y a las reuniones de coordinadores más equipo nuclear de la *Red AMBA*. Estas reuniones pretendían encontrar generalidades sobre problemas estructurales y construir acciones, centrales y transversales, integrando y coordinando las gestiones de la dimensión macro-meso y micro en sus aspectos políticos-técnicos-comunitarios. Es posible inferir que este “andamiaje de reuniones” (**Tabla 2.5**) pretendía abordar las dimensiones funcionales, materiales y políticas del proceso de implementación (Stocker Robert, 2003).

El modelo de gestión y atención, en su componente comunitario, enfatizaba en sus documentos, la participación de saberes y prácticas de salud comunitaria y de autoatención, documentándose que en el periodo 2018-2019 se capacitaron aproximadamente 160 promotoras y promotores de salud incorporados por este programa.

Las actividades comunitarias eran contempladas dentro de aproximadamente el 20% del presupuesto del componente MOGYA. Para el desembolso del mismo el equipo de gestión eco-comunitario acompañaba y luego auditaba que el requerimiento de insumos se encontrara respaldado por documentos que avalaban que los proyectos habían sido diseñados de manera participativa con los equipos de salud e idealmente con actores de la comunidad. Cada solicitud de insumos se acompañaba de un documento respaldatorio de la gestión participativa.

El informe final del 2019 de la *Red AMBA* refiere: “*En los CAPS, los procesos de facilitación se proponían el fortalecimiento del ritmo colectivo, de rondas dialógicas de problematización, de dinámicas para vivenciar la interdependencia y la vinculación como pares, donde lo heteronormal pudiera dar lugar a lo diverso en sus múltiples expresiones humanas (fenotípicas, artísticas, culturales, espirituales) en espacios habilitados por la política y así poner en danza la singularidad, la artesanía y la riqueza de lo local con los recursos del Estado a su disposición.*” (Informe final de gestión de la *Red AMBA*)

En relación a esta frase, que enuncia poner los recursos del Estado a disposición de la determinación creativa y participativa de las acciones locales, para varios coordinadores de AMBA, con trayectoria en gestión pública sanitaria, fue considerada simplemente retórica, utópica e imposible de llevar a cabo por los mecanismos burocráticos existentes para lograr una compra de insumos centralizada por parte del municipio a partir de los pedidos de insumo de los equipos de salud. En las reuniones de equipo ampliado (nuclear más coordinadores, ver **Tabla 2.5**) este descreimiento, enunciado desde la experiencia en gestión por parte de coordinadores varones, generaba debate sobre mecanismos de factibilidad con el equipo de la *Red AMBA* a cargo de esta gestión, de cinco mujeres. Lejos de una postura ahistórica de las dificultades de implementar este componente de la APS integral, se realizó un intento de sistematización del proceso para llevar los recursos del programa a las decisiones de las reuniones de equipo de los centros de salud. Para esta sistemática, creemos que aquí también aplicaría al concepto de Chiara de construir un Régimen Local de Implementación, *“con la intención de consensuar las reglas, normas y procedimientos que gobierna la interacción de los participantes con el fin de dar cumplimiento a alguna decisión colectiva”* (Chiara & Di Virgilio, 2005, p. 36).

Para destrabar estas barreras, en primer lugar, se realizó una reunión conjunta centralizada, con las siete áreas de compras de los municipios de los grupos 1 y 2, donde las dificultades enunciadas por unos no eran las mismas que las enunciadas por otros. Se generó un diálogo enriquecedor con aportes de soluciones técnicas específicas desde un municipio a otro frente a problemáticas resueltas en uno y no en otros. La reunión fue señalada positiva por un de los encargados de un área de un municipio del G2 *“es la primera vez que desde el nivel central nos convocan para preguntarnos cómo hacer las cosas”*. (notas de campo)

Posteriormente, se diseñaron circuitos de compra, basados en lo aprendido en dicha reunión, para efectivizar el ítem de “asignación presupuestaria para actividades comunitarias” y para avalar las transferencias desde el Ministerio de Salud de la PBA constatando la participación ciudadana en la

construcción local de salud. El ideal de la *Red AMBA* era que las acciones sean co-construidas y surjan de la problematización de los “equipos de salud completos” (que incluyen a la participantes que vivan en el área de responsabilidad del equipo nuclear) ver **Tabla 2.3**. Sin embargo, se llegó a una planificación y compra descentralizada en Caps de sólo 6 municipios, no se llegó a realizar con la comunidad en ninguno de los 436 ES nucleares que se llegaron a conformar.

En la resolución de las tensiones entre las barreras que generaba esta propuesta, se aceptó que la primera compra fuera planificada a nivel central del municipio. Se llamó a esa planificación de compras Línea 1, y permitió proveer desde el nivel central del municipio a todos los CAPS con equipamiento básico común para actividades comunitarias (sillas y mesas, vajilla para merienda comunitaria, gazebos, etc).

La ejecución de los siguientes desembolsos, requería cumplir con los circuitos de Línea 2, que evidenciaban la planificadas por cada ES en base al trabajo por GPBP.⁵⁹ Según el informe final, se describen los siguientes circuitos de compras:

- **Compras centralizadas por el municipio:** se confeccionó un “Listado de elegibles” a modo de guía con 363 items de materiales e insumos que favorecen la participación de la comunidad en las actividades comunitarias de salud integral. Fue utilizado por el 100% de las Secretarías de Salud de los municipios que ejecutaron presupuesto para compras centralizadas. Línea 1.
- **Planificación descentralizada** de requisitos de insumos para AC: En 6 municipios se construyeron y formalizaron circuitos específicos de solicitudes desde los CAPS. **Tabla 2.2**. Otros municipios utilizaron las vías formales de pedido de insumos ya establecidas. En varios aspectos la gestión de este proceso dependió en gran medida de la facilitación del equipo AMBA, que se hizo cargo en algunos casos también de la distribución a los CAPS de los insumos. Línea 2.

Al 31 de Octubre del 2019, eran doce los municipios que se encontraban en condiciones de ejecutar presupuesto de AC, por llevar reuniones de equipo consolidadas y haber iniciado procesos de planificación con actores de la comunidad. Los montos ejecutados se muestran en la **Tabla 2.2**.

⁵⁹ el circuito de compras descentralizadas se comenta en el siguiente video <https://www.youtube.com/watch?v=0GdAh2YRT1E>

Tabla 2.2: Ejecución presupuestaria para Actividades Comunitarias de la Red AMBA a octubre de 2019.

Municipio	Monto ejecutado (\$ a Octubre 2019)	Incluyó planificación descentralizada, desde los ES
Lanús	860,645 (1 compra)	NO
Quilmes	726,678 (2 compras)	NO
San Miguel	529,872 (1 compra)	SI
Morón	560,504 (2 compras)	NO
Almirante Brown	358,299 (1 compra)	NO
Ezeiza	NO EJECUTÓ	-
Tres de Febrero	761,245 (1 compra)	SI
Brandsen	390,066 (2 compras)	NO
Lomas de Zamora	4,921,440 (2 compras)	SI
Marcos Paz	1,792,971 (2 compras)	SI
Pilar	2,349,492 (2 compras)	SI
San Martin	NO EJECUTÓ	-
Hurlingham	858,073 (1 compra)	SI
Moreno	416,082 (1 compra)	NO
Vicente Lopez	NO EJECUTÓ	-
General Rodriguez	NO EJECUTÓ	-
TOTAL	14,525,367	-

Dentro de las barreras para poder realizar las compras descentralizadas describimos, por un lado dificultades técnico-operativas: falta de circuitos de compras que no se encontraban diseñados para responder a una planificación descentralizada y variabilidad en el tiempo de firma del convenio con el programa para el acompañamiento de facilitadores en los

centros de salud, pero también describimos otros condicionamientos: como cuestiones de desconfianza del modelo de APS que se proponía la *Red AMBA*, ya que al ser una propuesta dentro de un gobierno de derecha, existían tensiones ideológica esperables en función de los procesos históricos descritos en el capítulo 1. En el caso de un municipio particular que no ejecutó el presupuesto, no integraron a los facilitadores a los centros de salud según los lineamientos de la *Red AMBA* y argumentando que tenían una larga trayectoria en implementar APS integral los asignaron dentro de otras acciones de APS priorizadas por el municipio. Otro de los determinantes para no ejecutar el presupuesto destinado a las AC fue la falta de comunicación a los equipos y validación a los *facimples* sobre esta opción desde las áreas de gestión municipal, en parte por resguardo ante el posible fallo burocrático para que los insumos pedidos “bajen”, el descreimiento y la falta de confianza fueron referidos. Por último creemos, pero no constatamos con información empírica, que operaron tensiones de poder patriarcal frente a propuestas técnicas de sistematización de formas que respondían a un intento de horizontalización de la planificación.

Dentro de las herramientas que se ofrecía a los Directores de APS era el registro de actividades comunitarias (**Figura 2.3**), dónde integrar y comunicar la suma de actividades de promoción y prevención que se realizaban en el 20% del tiempo de trabajo que los equipos de salud tenían destinado a la salud comunitaria. Este registro, además permitía justificar el tiempo en territorio frente a la necesidad de control que más de un funcionario municipal sugirió frente al intento de que ese tiempo se destine a “sacar más consultas porque los médicos sino se van a sus casas”.

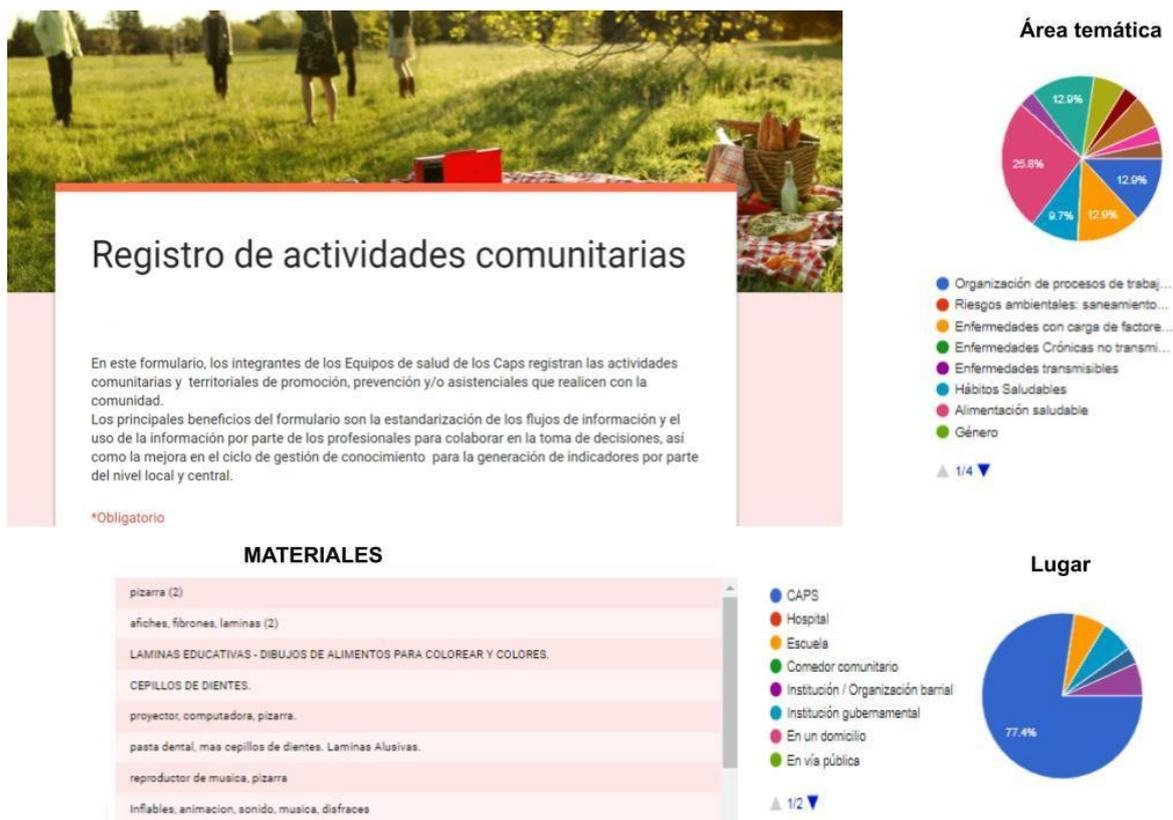


Figura 2.3: Registro de actividades comunitarios de los ENS

V.b Microinstitucionalización de la Participación Ciudadana en Salud

En la conformación de los equipos nucleares, ampliados y completos que se muestra en la **Tabla 2.3** obtenida del “Manual para equipos de salud y actores de salud de la comunidad” observamos la intención de generar una unidad de co-gestión entre el sistema de salud y la comunidad de las problemáticas de cuidado de las 700 familias (y del territorio que habitan) que cuidaba cada equipo.

Tabla 2.3: Integrantes del equipo de salud según el manual de la Red AMBA

Tipo de vinculación al sistema de salud	Función	Trabajadores de la salud	Forma de nombrarlo	
Formal	Médico/a generalista	1	ES Equipo Nuclear	Equipo completo
	Médico/a pediatra	1		
	Enfermero/a	1		
	Promotor/a de salud	1		
	Médico/a tocoginecólogo		ES Equipo Ampliado Matricial	
	Obstétrico/a			
	Odontólogo/a			
	Trabajador/a social			
	Psicopedagogo/a			
	Psicólogo/a			
	Nutricionista			
	Fonoaudiólogo/a			
	Farmacéutico/a			
	Auxiliar de farmacia			
	Extraccionista			
Médico/a Ecografista				
Administrativo/a				
Voluntaria, como actor interesado en salud, referenciado a esa comunidad	Organizaciones sociales, habitantes de la comunidad, otros organismos del estado, Iglesias, etc.			

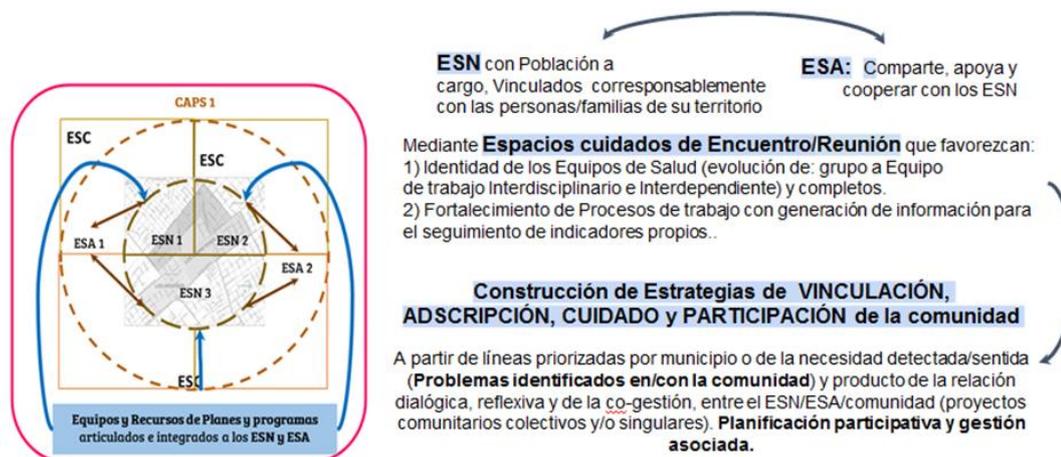
“En relación al modelo de gestión y atención (MoGyA) se pretende poner a las personas en el centro de la toma de decisión, reconociendo un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y donde el sistema de salud se organiza en función de las necesidades priorizadas localmente...esta política pública es ambiciosa porque no será normativa ni instrumental, requiriendo de personas que puedan esperanzarse en ser sujetos activos en construir contextos saludables en sus comunidades y que participen de la multiplicidad de mecanismos de participación que se necesitan para resignificar la sostenibilidad de la vida.” (Manual de la Red AMBA)

Según dicho manual, el equipo de salud (ES) nuclear debía dedicar el 60% del tiempo a actividades asistenciales (tanto intra como extramural) y el

40% en actividades territoriales (identidad territorial, accesibilidad al sistema de salud de personas, articulación de actores locales en acciones de promoción, postas de salud, etc). El ES completo evidencia la integración del sistema de salud con la comunidad a través de dispositivos integrados con personas y/o organizaciones que trabajan por la salud en el área territorial: otras áreas del estado, iglesia, organizaciones civiles, etc. El funcionamiento como equipo era facilitado durante 8 meses por un facilitador de la *Red AMBA* en cada CAPS, quien además “elevaba” al equipo mixto AMBA-municipio las necesidades definidas y sistematizadas en *proformas* para darle curso a las acciones consensuadas en mesas participativas y así “bajar” los medios para alcanzar los indicadores con adaptación local.⁶⁰ Del informe final de gestión 2019 se extrae la siguiente figura.

⁶⁰ De acuerdo con el estándar propuesto, cada ES tiene a cargo 700 familias -de 5 integrantes promedio-, con un aproximado de 3500 personas que utilizan los servicios de salud públicos. Esto implica: Familia/red de convivientes como **unidad de abordaje** sobre la cual realiza procesos de **nominalización, adscripción y acompañamiento**. Cada persona de una familia sabe quién es su médico y equipo de cabecera. Cada equipo se propone conocer el estado y necesidades de salud de sus familias a cargo en el territorio, trabajando conjuntamente en un seguimiento longitudinal y articulado.

Figura 2.4: Estrategia de fortalecimiento de la conformación de Equipos de salud y de sus procesos de trabajo



CAPS: Centro de salud, ESN: Equipo de Salud Nuclear, ESA: Equipo de Salud Ampliado, ESC: Equipo de Salud Completo

Durante el período de la Red AMBA, en los registros integrados se hace referencia a la participación de integrantes de los EN de los CAPS de algunos municipios en las mesas barriales existentes o nuevas que se formaron en el período. **Tabla 2.7.** Para el recorte analítico de esta tesis, recabamos del G1 y G2 los municipios en donde hubo participación de la comunidad en las reaperuras de los centros de salud. **Tabla 2.4.**

Tabla 2.4: Participación de la comunidad en las reaperturas de centros y de los Caps en mesas con la comunidad.

Reaperturas comunitarias: Reaperturas de los CAPS con participación de la comunidad en la planificación y gestión. Hasta octubre 2019						Mesas de Salud con comunidad / instituciones / intersectorial / Intercaps generadas a partir de la implementación del Plan AMBA	
Grupo	Municipio	Cantidad de CAPS	Reaperturas	Con participación de la comunidad en el evento	Con participación de la comunidad en la planificación	Puntualment e	Continua reuniéndose regularmente
1	Lanús	17	13	13	0		
	Quilmes	29	0	0	0	0	0
	San Miguel	18	14	14	1	1	
	Morón	9	0	0	0	3	2
2	Almirante Brown	29	0	0	0	4	2
	Ezeiza					1	2
	Tres de Febrero	14	12	3	0	1	9

V.c Andamiaje relacional de la Red AMBA

A los fines de esta tesis, en las tablas que se presentan a continuación se describe el análisis realizado sobre la estructura organizacional y el andamiaje de reuniones que se llevaban a cabo para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión, la periodicidad de las mismas y los instrumentos diseñados para la retroalimentación o feedback de las respuestas entre los niveles. Estas reuniones son consideradas los momentos participativos de la vida cotidiana del programa y es de dónde seleccionamos las escenas que utilizamos para dar cuenta en los capítulos de resultados los fundamentos teóricos y empíricos que sustentan las dimensiones estructurales, simbólicas y relacionales de la participación ciudadana.

Tabla 2.5: Descripción del “Andamiaje de reuniones” entre actores con diferentes responsabilidades y jerarquías de distintos niveles de gestión y dependencia para lograr acuerdos en el proceso de implementación de la Red AMBA.

Nivel de gestión / periodicidad / tipo de acuerdo	Nombre de la reunión / lugar	integrantes	objetivos	sistematización
<p>macrogestión</p> <p>única, mensual</p> <p>Acuerdo: Dependencia funcional bi-jurisdiccional</p>	<p>“Reunión con la gobernadora”</p> <p>Ciudad de La Plata</p>	<p>Gobernadora PBA, ministros de Infraestructura y Salud de la PBA, Coordinador AMBA</p>	<p>Construir la viabilidad política y económica del programa.</p> <p>Realizar el seguimiento de avance del programa.</p>	<p>Documento inicial Anteproyecto Documento final de Avance del proyecto al 2019. (Anexo 1)</p> <p>Convenio PBA-Municipio con aprobación del Plan Quinquenal por parte de las legislaturas. (Anexo 2)</p>
<p>macrogestión</p> <p>única, semanal</p> <p>Acuerdo en gobernabilidad descentralizada, en consenso del Municipio con equipo AMBA</p>	<p>“Reunión interministerial con AMBA”</p> <p>Ciudad de La Plata / CABA</p>	<p>Ministros de Infraestructura, Hacienda y Salud de la PBA con Coordinador general y equipo técnico AMBA y asesoramiento de la FADU-UBA</p>	<p>Crear los circuitos de asignación presupuestaria y recursos provinciales a los municipios.</p> <p>Resolver los conflictos emergentes del territorio.</p>	<p>Presentaciones y Software Trello</p>
<p>Gestión integrada: Articulación macro-meso-micro</p> <p>única, semanal</p> <p>Múltiples acuerdos con debate horizontal</p>	<p>“Reunión equipo AMBA nuclear”</p> <p>CABA</p>	<p>Coordinador general coordinadores de los ejes 4 Coordinadoras transversales Asesor PGA, Equipo de gestión eco-comunitaria. Equipo técnico central. 20 personas aprox.</p>	<p>Construir las estrategias de consenso político municipal para la planificación situada en cada municipio de cada eje.</p>	<p>Construcción de los documentos de implementación.</p> <p>Sistematización de emergentes.</p>
<p>Gestión integrada: macro-meso-micro</p> <p>única, semanal</p>	<p>“Reunión Amba coordinadores”</p>	<p>Coordinadores de municipio y transversales, Equipo AMBA nuclear según tema.</p>	<p>Dar resolución a los conflictos y sistematización y transversalización a los</p>	<p>Documento construido en grupalidad “Paso a paso para la implementación</p>

Múltiples acuerdos con debate horizontal, Construcción de grupalidad.	CABA		aprendizajes del avance en grupos de municipios. Construir acuerdos comunes. Acompañamiento en dupla a los coordinadores de nuevos grupos de municipios.	de cada eje”
Gestión integrada: macro-meso-micro semanal Múltiples acuerdos con debate horizontal, Construcción de grupalidad.	“Reunión AMBA nuclear mas coordinadores“ CABA	Coordinador general Coordinadores x municipio 24 coordinadores de los ejes 4 Coordinadoras transversales 2 Asesor PGA Equipo técnico de los ejes y central.	Planificar la implementación en cada municipio: Acompañar en adaptar el programa localmente, en direccionar los recursos y en la resolución de los temas emergentes.	minutas
Gestión macro-meso en paralelo en cada municipio, mensual Acuerdos políticos, reunión jerárquica.	“Reunión de seguimiento municipal con el intendente” En Intendencia de cada Municipio	Intendente con subsecretarios y equipo técnico, Coordinador general de AMBA, Coordinador AMBA del municipio, Coordinadores AMBA de los 4 ejes y transversales.	Realizar el seguimiento mensual del programa AMBA.	Presentación de seguimiento municipal
Gestión meso en paralelo en cada municipio, semanal Acuerdos con gestión horizontal (en la	“Reunión del “equipo Mixto” En áreas del municipio	Equipo Mixto: Coordinador AMBA municipal y referente del municipio ⁶¹ . Duplas técnicas entre AMBA y el municipio en cada eje (Secretario de salud, infraestructura, sistemas, recursos humanos con sus	Realizar el seguimiento de cada eje en la asignación de recursos desde AMBA y el cumplimiento del municipio en su ejecución,	Comunicación fluida presencial, por mail y telefónica de la implementación y asignación de recursos

⁶¹ En los municipios donde el partido político que gobernaba era otro al de la PBA el coordinador AMBA era elegido en conjunto y terminaba respondiendo en mayor medida a los intereses segmentarios municipales con baja motivación en la construcción transversal del aprendizaje.

gran mayoría de los municipios)		pares de AMBA)		
Gestión integrada: meso-micro en paralelo en cada municipio, diaria. Acuerdos con gestión horizontal y construcción de grupalidad.	“Reunión del equipo de AMBA en el municipio” Lugar: En la sede AMBA dentro del municipio.	Coordinador AMBA en municipio, ayudantes de coordinación facilitadores MOGYA e implementadores del Sistema de Información	El equipo AMBA municipal tenía sede laboral en el municipio. Realizaban la planificación para el acompañamiento del equipo de salud de cada CAPS	Minutas Dinámicas de problematización, de manejo de conflicto Proformas de emergentes. Formularios de línea de base y seguimiento de AMBA en cada caps.
Gestión micro en paralelo en cada Caps, semanal o quincenal (según acuerdo con el equipo de salud del CAPS) Gestión horizontal	“Reunión de facilitación de AMBA con los equipos de salud del CAPS”. En cada CAPS de cada municipio.	Equipo del Caps y dupla de facilitadores para Mogya o implementador para Sistema de Información	Lograr reuniones de equipo horizontales de todo el personal del Caps. Co-gestionar según las problemáticas locales. Crear los equipos de salud ampliado con participación de actores locales comunitarios.	Proformas Problematización Presentaciones en jornadas. Formulario de Actividades comunitarias
Gestión micro En espacios de la comunidad o en el Caps temporalidad variada según municipio	“Reunión para presupuesto participativo en actividades comunitarias” En Caps o lugares de la comunidad.	Director o personal del caps, dupla de facilitadores, equipo eco-comunitario AMBA, actores de la comunidad	Co-gestionar con la comunidad la reapertura de los Caps luego de reformas/construcción. Co-gestionar con la comunidad las actividades de salud en territorio.	Guía de salud conectiva. Anexo 1. Requisitos para asignar recursos a las actividades comunitarias.

Siguiendo la línea de tiempo, luego del decreto de conformación del programa, en marzo del 2018 se iniciaron las entrevistas, se contrataron y capacitaron los integrantes del equipo de facilitación de los 4 primeros municipios que constituyeron el Grupo 1 (San Miguel, Morón, Quilmes y

Lanús). Luego, cada 2 meses se repetía el proceso de ingreso en grupos de 3 o 4 municipios, a medida que iban firmando el acuerdo con la *Red AMBA*. Para agosto del 2018, se habían iniciado los Grupo 1, 2 y 3⁶² y el número del equipo de facilitación era de aproximadamente 260 personas con capacidades diversas: incluía historiadores, estudiantes de artes y de letras, además de un gran cuerpo de ciencias sociales y algunos, los menos, profesionales de la salud. Las capacitaciones metodológicas y académicas se realizaban por grupos. **Tabla 2.6.** También se fueron creando comisiones temáticas desde los impulsos y motivaciones de los facilitadores que integraban sus aportes en las capacitaciones (la primera comisión en crearse fue la de perspectiva de género).

⁶² Los municipios incluidos durante el 2018 de manera progresiva son en el grupo 1 (Quilmes, Lanús, San Miguel y Morón), grupo 2 (Almirante Brwon, Tres de Febrero y Ezeiza) grupo 3 (Pilar, Brandsen, Marcos Paz y Lomas de Zamora) grupo 4 (San Martín, Moreno y Hurlingham). Grupo 5 (Vicente Lopez, Gral Rodriguez) Grupo 6 (Tigre, S. Isidro). Todos con diferentes trayectorias en Atención Primaria de la Salud (APS) y en partidos políticos.

Tabla 2.6: Descripción de espacios de capacitación durante el proceso de implementación de la Red AMBA.

nombre / lugar	Destinado a	Disertantes	Capacitadores	Observación
<p>Bienvenida a los equipos AMBA por grupos de municipio.</p> <p>“Casa de la PBA” (Callao 100 CABA)</p>	<p>Cada Grupo de municipio que ingresaba: Facilitadores implementadores coordinadores AMBA</p>	<p>Coordinador general de AMBA Ministro de Salud de PBA Autoridades de los municipios ingresantes.</p>	<p>Coordinadores de cada Eje Equipo eco-comunitario Facilitadores de grupos anteriores</p>	<p>Dinámicas expositivas De Jornadas con presentación de posters de municipios previos Fotos</p>
<p>Capacitación a los equipos AMBA por grupos de municipio.</p> <p>encuentros cada dos meses por grupos</p>	<p>idem anterior</p>	<p>Invitados de otros programas de salud Especialistas en temas específicos</p>	<p>Integrantes del equipo AMBA de municipios avanzados Coordinadores AMBA de ejes</p>	<p>Dinámica de mesa de cafe De línea de tiempo Experiencias de grupalidad Presentaciones, etc</p> <p>Fotos y videos Reedición del manual de facilitación de AMBA</p>
<p>Capacitación en promoción y prevención y en Participación ciudadana en salud.</p> <p>curso de 3 meses dividido en municipios de Zona Norte y Zona Sur</p>	<p>Promotores de Salud ingresados por AMBA y optativo a facilitadores</p>	<p>Curso del Msal de PBA junto con Fundación Garrahan, invitados especiales</p>	<p>Equipo eco-comunitario y coordinadores transversales</p>	<p>Exposiciones y talleres</p> <p>Utilización del Formulario de Actividades Comunitarias en la Web del Municipio</p>
<p>Encuentros de equipos de salud</p>	<p>Equipos de salud de los CAPS</p>	<p>Coordinador General AMBA</p>	<p>Equipo Mixto Municipio-</p>	<p>apertura explicativa de AMBA y</p>

nombre / lugar	Destinado a	Disertantes	Capacitadores	Observación
de municipios y AMBA Se realizaron en Municipio de 3 de Febrero, Moron, San Miguel,		Secretario de Salud Municipal	AMBA y eco-comunitario.	diálogo abierto a preguntas
Encuentro transversal de aprendizaje colectivo entre diversas áreas similares de municipios Se realizó uno para áreas de compras	integrantes de municipios G 1 y 2, de áreas de compra	Responsables de compras en municipio	Equipo AMBA eco-comunitario Crear circuitos Superar burocracias que frenan Actividades comunitarias (AC)	Compartir formas para dar curso a la compra integrada de la demanda de material individual de cada Caps para sus AC y ejecutar presupuesto AMBA-AC

Las reuniones en los municipios eran presenciales y requerían traslado de los diferentes equipos centrales de la *Red AMBA*; para resolver la complejidad del armado logístico se integraba al equipo de choferes a las planillas compartidas sobre las necesidades de traslado de los distintos equipos y se diseñaba la semana desde la coordinación administrativa luego de dialogar las esperas, modificar los circuitos y acordarlos para eficientizar los recursos.

A medida que se sumaban municipios, la organización que llevaba adelante los objetivos del programa se iba acrecentando en número de funcionarios, en distancias a cubrir, en temporalidades de implementación, lo que requería además construcción del sentido compartido, para lo cual todo el equipo se reunía transversalmente en reuniones periódicas, con momentos de debate, consenso y compromiso con los procesos y objetivos para llevar adelante el programa.

Tabla

2.7.

Tabla 2.7: Descripción de espacios participativos sólo del equipo de la Red AMBA.

nombre	integrantes	motivos	gobernanza	observación
<p>Reunión transversal de todo el Equipo AMBA</p> <p>en total fueron 6 (la última dic 2019 bajo la conducción del nuevo gobierno)</p> <p>Instancia PLANIFICADA</p>	<p>equipo de facimp de AMBA con coordinadores transversales Mogya y General</p>	<p>Construir nuevas formas de interacción para resolver los conflictos propios del equipo AMBA</p>	<p>facilitadores del encuentro: Coordinador general de AMBA Asesor de Flacso Coordinadoras transversales</p>	<p>reunión tensa por la rigidez de roles</p> <p><i>“El espíritu de conjunto se fue diluyendo en reclamos segmentarios”</i> (asesor académico de Flacso)</p>
<p>Reuniones asamblearias de AMBA</p> <p>Se dieron en el marco de la reunión anterior (la última dic 2019 bajo la conducción del nuevo gobierno no presentó reclamos)</p> <p>Instancia EMERGENTE</p>	<p>equipo de facimp de AMBA con coordinadores transversales Mogya y General</p>	<p>-Reclamo salariales y de condiciones laborales -definiciones de roles -tensiones políticas</p>	<p>Facilitadores delegados con construcción colectiva de la agenda</p>	<p>reproducción de forma de lucha entre estratos. búsqueda de representación gremial para mejora de derechos laborales construcción de demandas con comunicación lineal por comunicados asamblearios al coordinador AMBA (botton up).</p>
<p>Encuentros festivos del equipo de AMBA</p>	<p>Equipo de Logística administrativos,</p>	<p>Festejar (quienes así lo necesitaban)</p>	<p>Horizontal con construcción colectiva según saberes y</p>	<p>Fotos y videos</p>

nombre	integrantes	motivos	gobernanza	observación
<p>fueron 2: dic 2018 y Mayo con Arte en Salud</p> <p>Clubes sociales de barrio en CABA</p> <p>Instancia EMERGENTE</p>	<p>coordinadores implementadores y facilitadores</p>		<p>voluntades.</p>	<p>Comida</p> <p>Música</p> <p>Baile</p> <p>Expresión artística</p>
<p>Encuentro de coordinadores AMBA</p> <p>Una vez, luego de las elecciones en Morón</p> <p>Instancia EMERGENTE</p>	<p>Reunión de coordinadores de AMBA municipales con coordinadores Transversales</p>	<p>Observar y hacer aportes al modo de gestionar la implementación</p> <p>Compartir la disconformidad del cuidado del rol y jerarquización económica del coordinador municipal.</p>	<p>Reunión de propuestas de gestión realizadas desde los coordinadores municipales al equipo nuclear</p>	

De las reuniones transversales de todo el equipo analizamos las imágenes que el equipo de facilitadores e implementadores, “*les facimples*”, compartieron en una cartelera en la última reunión realizada con el coordinador del gobierno saliente. **Figura 2.5.** En la siguiente imagen puede observarse un condicionante que influyó en la implementación del programa: la incertidumbre que generó sobre los funcionarios locales (“*la meso*”) un cambio de partido en el gobierno. Lograr políticas que construyan la participación ciudadana requiere de acuerdos trans partidarios para darle sustentabilidad.

Figura 2.5: Meme realizado por el equipo de *facimples*.



El resto de “los memes” exhibidos en ese encuentro pueden verse en el apartado de Anexo.

V.d La *Red AMBA* como vehículo de expresión de algunas de las propiedades de un sistema complejo

El tipo y dinámica de las reuniones y encuentros (tanto planificados como emergentes) podría considerarse como una manera propuesta para contrarrestar la forma conocida de implementación lineal de programas, “*que bajan como paquetes*” (top down). La forma esperable hubiera sido que el programa se negociara políticamente entre financiador (en este caso el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires) y el gobierno local (Intendente), con poca posibilidad de influenciarse mutuamente con los aprendizajes propios y de otros municipios. Desde la teoría de la complejidad, este andamiaje relacional de la *Red AMBA* contribuiría a construir “penetrancia” entre las partes de un sistema. La penetrancia ocurre cuando un estímulo logra que las interacciones que ocurren en el sistema sean interacciones simultáneas y transversales (Rickles et al., 2007). Es decir, para que el sistema funcione se necesita que sus elementos constitutivos puedan interactuar de manera simultánea, transversal y no predecible, donde no interactúen de forma rígida sino flexible.

Para Cacace (2023), estas interacciones son las que ya están presente en un sistema de salud, en diferentes dimensiones, incluyendo el financiamiento, la gestión y la gobernanza del sistema, llevando la fuerza del poder que ejercen los actores en los territorios y/o instituciones mediante acciones sanitarias concretas (Cacace, 2023). En contraste, las interacciones empresariales son predecibles y repetitivas por lo que son fácilmente estandarizables en circuitos, que cuanto menos flexibles más claras son las reglas de juego. No entraremos en esta tesis, en las tensiones que se ocasionan cuando se pretende “gerenciar” un sistema de salud pretendiendo rigidizarlo bajo lógicas empresariales.

Otra característica particular de la *Red AMBA* que también clasificamos como una expresión de penetrancia sistémica, es que al tener dependencia funcional bi-jurisdiccional y no ser parte del organigrama, ni del Ministerio de Salud de la Provincia ni del Ministerio de Salud de la CABA, permitía generar circuitos nuevos sin gobernanza vertical de un sólo ministerio. Sin

embargo, esta característica fue observada como “desprolija” por varios trabajadores de la *Red AMBA* y como una desventaja a la hora de presentarse y querer ubicarse dentro de una estructura orgánica con cargos y poder de ejecución que no reconocían propios a los funcionarios de la *Red AMBA*. Podría decirse que esta relativa independencia de la *Red AMBA* que brindaba su dinámica organizativa, reposaba en el modelo político del coordinador que podría enmarcarse en lo que Contreras (2012) sostiene: *“para el modelo político basado en la importancia del poder logrado en la dinámica organizativa, el éxito adaptativo se consigue tras la negociación continua en el seno de la organización, la búsqueda de un consenso interno y el alcance de un compromiso de todos para con la organización. En este consenso y compromiso, se logra el equilibrio interno del sistema y aumenta sus capacidades más allá del que se consigue gracias a la asunción de unos valores nucleares que un líder, con ciertas connotaciones de héroe, consigue inspirar y establecer”* (Contreras et al., 2012). En el caso de la *Red AMBA*, el poder de las personas, no estaría dado ni sería delegado por el cargo que se ocupaba, sino por la dinámica que se conseguía para resolver barreras y dificultades en los temas que cada quién se ocupaba utilizando la estructura relacional creada por la *Red AMBA*. Esta diferencia, entre dependencia estructural y funcional de las personas, podría ser tenida en cuenta a la hora de repensar las formas institucionales que puedan adaptarse a la complejidad. Temas que retomaremos en próximos capítulos para luego integrarlos en el capítulo final de la tesis.

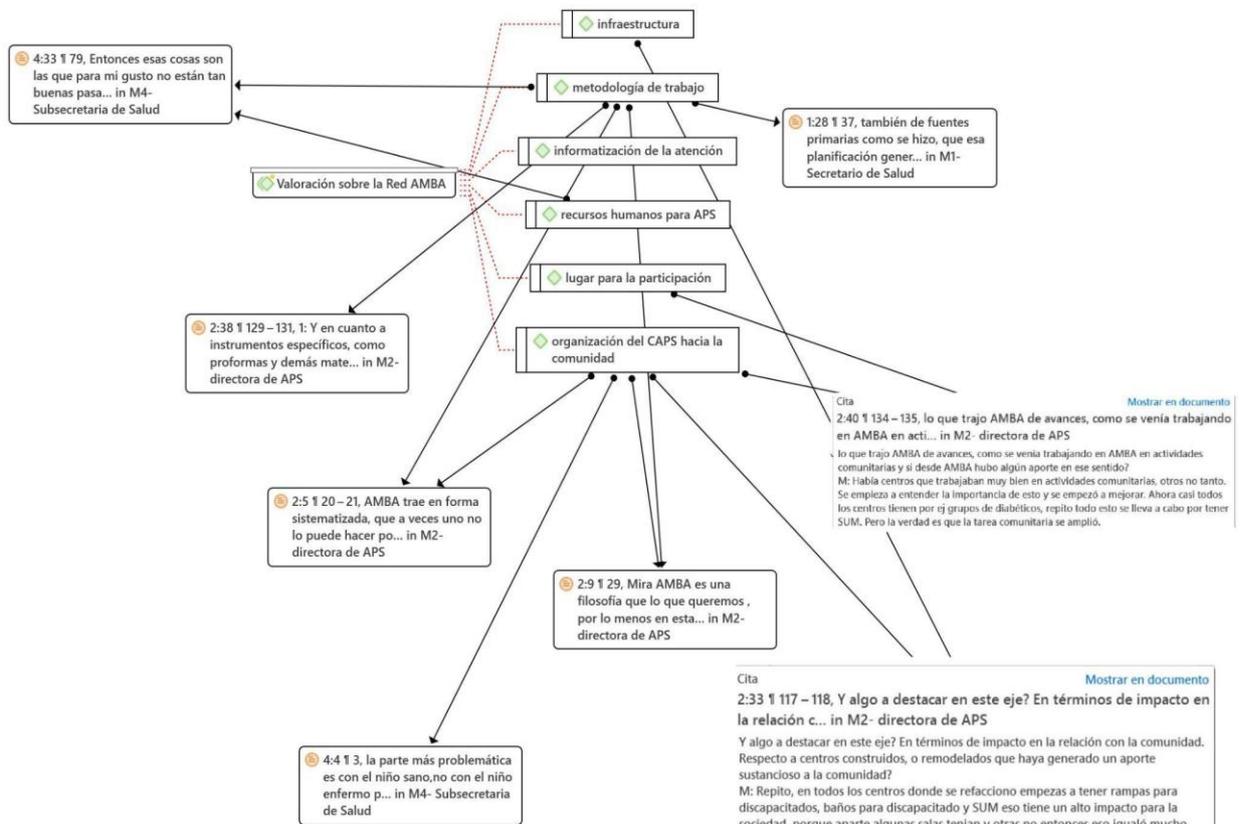
Otra característica del caso, fue la construcción de lineamientos que guiaban las acciones y que no eran condiciones que el programa imponía desde el nivel central sobre los municipios. En las reuniones mensuales con el intendente se dialogaban las barreras en la ejecución de los lineamientos y se pautaban metas y formas de llevar a cabo las acciones que se acordaban. Salvando las distancias, podríamos decir que esta conceptualización comparte conceptos encontrados en la bibliografía de la “centralización normativa con descentralización ejecutiva” del “Plan Analítico de la Salud Pública” de Carrillo (Marsano, n.d.). Esta forma organizativa se describe

como un método que permite la posibilidad de aplicación de políticas sanitarias que abarquen grandes territorios en poco tiempo. En el caso de la *Red AMBA*, en 18 meses se firmaron convenios con 21 municipios.

Valoración de la Red AMBA por funcionarios de salud de los municipios

La **Figura 2.6** muestra una red de conceptos sobre los cuatro ejes de implementación a partir de las entrevistas realizadas a 1 subsecretario de Salud, 1 secretaria de salud y 2 directora de APS de distintos municipios del grupo 1 y 2 a los 18 meses de implementación del programa. Se muestran códigos en donde se mencionaron cambios y transformaciones. En general hubo una valoración positiva hacia la política. La construcción de un lugar físico de usos múltiples, lugar que no se tenía previamente, fue considerado una condición facilitadora para encuentros con y de la comunidad en los 4 entrevistados.

Figura 2.6: Valoración de la Red AMBA por parte de funcionarios de salud de los municipales



VI. A modo de cierre del capítulo

En la primera parte de este capítulo, de tinte teórico-metodológico, intentamos construir una metodología que nos permita, en lo posible, “no aproximarnos al objeto de estudio”, es decir que no proponga mirar al caso desde afuera para objetivarlo. En ese sentido, en los antecedentes sobre el análisis de políticas públicas que precedieron el caso, encontramos que los métodos para describir los conceptos clásicos de campo de poder y de actores en tensión para dominarlo, nos resultaban parciales para contemplar el proceso en devenir y los condicionantes del movimiento de roles de los actores y del poder en el juego político (Bourdieu & Bourdieu, 1983;

Capdevielle, 2011; Gutiérrez, 2002) (García Sánchez, 2007). Pero también, siguiendo una intuición, recorrimos trabajosamente las ciencias sociales en búsqueda de teorías que nos permitan describir desde ese “*estar ahí*”, desde un sentir emocionado del proceso, para luego poner en palabras, una descripción “subjetivada” y particular de los condicionantes que determinan las formas de relacionarnos. Así, llegamos a Erving Goffman (1981), a poder describir desde esa interacción humana cara a cara, en lo microsociedad de la vida cotidiana del programa, cómo se expresan los condicionantes, existentes en esas otras capas envolventes del nivel donde ocurre la interacción, que determinan la conducta y acción del actor. Ese enfoque, nos acercaba los debates de la ciencias sociales al modelo eco-epidemiológico (Susser, 2004), conocido y aplicado por la autora en su campo disciplinar de origen. Tal vez por analogía conceptual a las “Mamushkas o cajas chinas”⁶³ de la eco-epidemiología, fue posible proponer un diseño metodológico de obtención de información mediante escenas, para luego poder ir armando la matriz recursiva entre fuerzas y formas, y así acercarnos a comprender los procesos subyacente culturales, políticos y económicos que se reproducirían en una interacción tan simple como invitar a participar, o no, a un otro, y comprender por donde los flujos de poder se habilitan o frenan.

En relación a la construcción de la metodología, antes de llegar a la propuesta goffmaniana y de Keeney, realizamos un proceso intenso y largo de aprendizaje de diferentes marcos teóricos-metodológicos posibles para describir el fenómeno. Dentro de los aportes de las ciencias sociales, dialogamos con autores de la antropología política, con aquellos que consideran una definición de la política en su dimensión vivida, es decir, anclada en los diversos sentidos que los actores le asignan (Frederic & Soprano, 2008). A su vez, al igual que propone Manzano (2010), partimos de la idea de la necesidad de no escindir las acciones políticas de los contextos históricos y de vida de los actores (Manzano et al., 2010), lo que

⁶³ Este término se utiliza metafóricamente para describir la idea de que las causas de la salud o la enfermedad son múltiples, interrelacionadas en niveles, como si se tratara de muñecas rusas apiladas unas dentro de otras. Cada "caja" representa un nivel o factor diferente que contribuye al estado de todo el conjunto de muñecas.

consideramos que correlaciona con el análisis de marcos propuesto por Goffman (1981) y de contexto y metacontexto por Keeney. También recuperamos los aportes de usar los sistemas de clasificación nativos, términos como “*middle out, denominadores comunes*” son analizados desde la perspectiva de los propios actores (Manzano et al., 2010; Peirano, 2008). Sin embargo, dado el interés de contribuir con esta tesis al análisis de la participación con la mirada de la teoría de la complejidad, que describimos en el próximo capítulo, consideramos que una metodología que permita expresar el fenómeno en niveles de una matriz de categorías interrelacionadas nos permitiría expresar más adecuadamente el marco teórico de fuerzas sistémicas operando sobre nuestras conductas. Creemos que la perspectiva sistémica no es contrapuesta con la de campos de fuerzas y el juego de actores, permitiendo además, un análisis también de las posibles emergencias que transforman el sistema.

Encontramos que la unidad de análisis pensada como un proceso participativo habilitaría poder ver los cambios de roles y juegos de actores que podrían darse en un contexto facilitador de una interacción que propaga dejar el juego patriarcal de dominar el campo de poder; como así también permitiría ver si la política pública es capaz de construir ese contexto performativo de nuevas formas de relacionarnos.

También consideramos necesario valorar como instrumento de recolección de datos a la escena, lo más narrativa y visual que sea posible, porque es desde ahí que se pueden inferir, mediante signos, símbolos y rituales, el juego de intereses y de poder de los actores interactuando, observando el grado de recursividad de las interrupciones, si es que éstas estuvieran presentes para perturbar la dominación de la situación.

En la segunda parte del capítulo realizamos la descripción del caso, la *Red AMBA* y comenzamos a dialogar con aquellos antecedentes encontrados en la bibliografía del capítulo 1, que sugerían un posible rumbo conceptual sistémico para habilitar un flujo de poder bidireccional en escenarios donde interactúen actores que consideren necesario centralizar el poder. En especial nos referimos a los aportes pragmáticos de intervención de políticas

públicas de Magdalena Chiara en la conformación de Regímenes Locales de Implementación (RLI) para “*conjugar ambas aproximaciones (top down y bottom up)*”, mediante estrategias que traería la política pública para “*mover el entramado de poder*” donde “*la pregunta se orienta a identificar los factores que hacen de este espacio [el nivel local] un espacio de transformación de las políticas públicas diseñadas centralmente*” (Chiara & Di Virgilio, 2005, p. 36).

Consideramos que la referencia a la construcción del *middle out*, que comenta el coordinador de la *Red AMBA*, es conceptualmente una estrategia para regular las actividades comprendidas en una implementación que permitiría mover la estructura de la gobernanza local en un diálogo de acuerdos logrado en un andamiaje de encuentros (Tabla 2.5) para abordar tanto la dimensión simbólica, material y política de la propuesta.

Para estas conclusiones iniciales sobre el caso de estudio, nos detenemos en el concepto que refiere Contreras (2012) de “*lograr poder en la dinámica organizacional*” (Contreras et al., 2012), porque podría considerarse que ese diseño de reuniones múltiples y transversales aplicado por la *Red AMBA* construiría nuevos marcos o contextos donde el aprendizaje colectivo dinámico fuese posible. Instancia que se lograría, según los sistémicos, si el juego lineal de los actores que sólo contemplan “un ganar-perder”, se deponga voluntariamente frente a la posibilidad de “un ganar aún más” y se ordene para alcanzar esa propuesta que trae la política. Sería una política habilitante, en su RLI, de reglas de juego con interdependencia de las partes, es decir, en donde es posible “un ganar-ganar” porque el beneficio propio depende de que también le vaya bien al otro. Desde la perspectiva de sistemas complejos, el poder atribuido a la dinámica organizacional estaría dado si ese andamiaje también permitiese la ocurrencia de interacciones con recursividad sistémicas que logran feedback positivo y aprendizaje. Este aprendizaje, en la *Red AMBA*, parecería quedar expresado en la construcción de acuerdos e instrumentos pragmáticos en cada orden de encuentro —bajo lineamientos universales aceptados sobre cómo se fortalece la APS en el

primer nivel de atención de la salud— (Venezia Contreras Torres & Castro Ríos, 2013).

En los próximos capítulos, los andamiajes estructurales y relacionales contruidos en el caso de estudio, reciben “luz escenográfica” en los momentos participativos de las reuniones/encuentros del programa para evidenciar cómo funcionaba la estructura descrita para “invitar a participar” a problematizar y acordar, entre personas con diferentes grados de responsabilidad y poder vertical. Así, esperamos poder “escenificar” el efecto en las interacciones de los símbolos, ritos y normas propuestos por *la Red AMBA* para flexibilizar —o rigidizar aún más como reacción defensiva— los roles, y/o lograr distancia reflexiva de los mismos, bajo el supuesto de que es posible transformar la situación problematizada al encontrar “*denominadores comunes*” entre los actores de los distintos niveles para abordar la complejidad y dificultad que fortalecer la APS en el primer nivel de atención posee. Tal vez, hasta aquí estemos sólo teorizando si es posible que el juego de poder de dominación sea dinamizado hacia uno de cooperación gracias a políticas públicas generativas de las condiciones que dan lugar a otras reglas de juego.

Capítulo 3. Interpelaciones epistemológicas: el análisis de la participación en salud desde la perspectiva de los sistemas complejos.

“Podemos decir que buscábamos esquemas globales, simetrías, leyes generales inmutables y hemos descubierto lo mutable, lo temporal y lo complejo”.

Ilya Prigogine - 1993

I.Introducción

Como venimos comentado en capítulos anteriores, es en el mundo de la vida cotidiana de la *Red AMBA*, mundo construido colectivamente por las interacciones de los sujetos que transitaron en ese programa de salud, desde dónde proponemos mirar los condicionantes de la participación en salud en tanto expresión de fuerzas transformadoras y democráticas.

Nos permitimos contribuir a un modelo epistémico sistémico de la participación en salud; necesidad a la que llegamos desde los límites que nos trazan las jerarquías descriptivas sobre la participación en salud halladas en la bibliografía y comentadas en el capítulo 1. Siguiendo la propuesta de Juan Samaja, de superar nuestra forma aprendida de categorizar, a la salud y a las condiciones de vida como términos fijos de una relación, nos habilitamos a habitar nuevos conceptos (Samaja 2004).

En este sentido, como dijimos, no utilizaremos los marcos que subyacen a las formas e intenciones de participación de los diferentes discursos y textos presentes de programas de salud, sean internacionales o nacionales, porque en general vimos que se alejan de la participación ciudadana en salud en tanto proceso que habita el poder. Tampoco utilizaremos los marcos de análisis sobre la participación ciudadana⁶⁴ en la implementación de políticas públicas en general; las descripciones encontradas durante la revisión

⁶⁴ *“Participación social, popular, comunitaria, ciudadana..., muchos nombres para designar un proceso según el cual determinados actores de la sociedad civil se movilizan, se “activan”, irrumpen en un escenario público e intentan influir sobre las reglas y procesos que enmarcan sus condiciones de existencia y reproducción. En particular, sobre las políticas estatales y el modo de organización social a las que ellas apuntan”.* Oszlak en

bibliográfica, no exhaustiva por cierto, de las ciencias políticas, abogan a las formas de dominación de habitar el poder en los planos de interacción entre Estado-sociedad. Si bien estas formas parecerían ser las únicas presentes, las descripciones encontradas clausuran la emergencia o indicios de otras formas posibles de fuerzas de poder y por ende de participación. Oszlak (2009) analiza la relación Estado-sociedad en tres planos: funcional, material y de dominación y para este último considera que *“en las relaciones de dominación, se intercambian los recursos de poder (por ejemplo, materiales, simbólicos, de coerción o de información) que pueden movilizar el estado y la sociedad en la consecución de sus intereses y valores. Es en este plano donde se dirime «quién decide de qué hay que ocuparse, quién lo hace, quién gana y quién pierde»”* y considera que cada uno de estos planos de interacción constituye “un escenario de lucha” en el que, además de resolverse las cuestiones en debate, se dirime el “poder relativo” de los diferentes actores estatales y sociales involucrados (Oszlak, 2009, p. 13). Si estamos en el mundo pensando, sintiendo y actuando bajo esa concepción de “escenario de lucha” y “poder relativo”. ¿Cómo podríamos poner en tensión esas categorías? ¿Podemos pensarnos en un escenario transicional en los términos de Castillejo (2021)? En referencia a lo que considera estar frente a un fenómeno cultural y social en la medida en que las categorías que constituyen el mundo o las categorías en las que lo habitamos se derrumban para producir otras (Castillejo, 2021).

Por un lado, en el capítulo 2 describimos el marco teórico-metodológico en base en una matriz de datos de tres niveles de recursión, basados en la epistemología eco-sistémica de Bradford Keeney, que nos permitiría dar cuenta si existe reciprocidad y recursividad de los términos encontrados (Figura 1, flechas bidireccionales entre los niveles) en las interacciones participativas en la *Red AMBA*, interacciones que intentaremos analizar con la propuesta escenográfica de Goffman (1981). (Goffman et al., 1981).

Por otro lado, en relación a los antecedentes, en el capítulo 1, del recorrido clásico de la participación social en salud —presente tanto en el modelo médico hegemónico de la Salud Pública como en el de la globalización que

reconfigura a la participación ciudadana dentro de la Salud Global—, compartimos el enfoque crítico de Menéndez y Spinelli al uso instrumental que se le ha dado a la participación social en salud, considerada como un medio de adherencia a tratamientos o estilos de vida por los modelos asistencialistas; modelos no garantes del derecho ciudadano a determinar el curso del devenir social del país desde la comunidad en que se vive (Menéndez & Spinelli, 2006a). Desde esa postura *dominante* sobre el sentido de la participación en salud, que la caracteriza como un medio de intereses o de derechos sectoriales (Menéndez & Spinelli, 2006b) no encontramos en la bibliografía consultada referencia a que en el AMBA existiesen espacios que habiliten lo que nos interesa indagar en la tesis: la ciudadanía habitando diversos procesos participativos, llevando acciones salutogénicas en conjunto, en mesas de co-gestión, con el gobierno.

Para elegir las lentes del marco teórico observamos que nos limita una cierta anomia conceptual, que podría ser consecuencia de la inexperiencia en el campo de las ciencias sociales de la autora, pero preferimos seguir el consejo de Keeney que sugiere adentrarnos en el lenguaje, que aún está siendo plasmado por estas nuevas concepciones teóricas para nombrar los procesos de conformación de nuevas formas por fuerzas interviniendo en los espacios de un proceso complejo (Keeney, 1979).

En este punto, esperamos abonar con esta tesis, a una postura *alternativa* de la participación, analizando principalmente en el material empírico, los condicionantes históricos, políticos y culturales de la dimensión estructural y relacional del sistema que la habilite en tanto vía generativa de aprendizaje colectivo. Para esto, el marco teórico que proponemos parte del interaccionismo simbólico, toma aporte de la epistemología de la ciencias y se adentra en algunas disciplinas que en su conjunto se las integra dentro del paradigma holístico (cibernética, teoría general de sistemas y de la complejidad). Aplicamos estas lentes a las interacciones sociales como puentes del flujo del poder de cooperación autopoietico que construyen el entramado de los diversos conocimientos de los actores del sistema comunitario, subsistema que gestiona el conocimiento que todo el sistema

posee y permite la toma de decisiones tendiente hacia la sustentabilidad del mismo (C. L. Perlo & Romorini, 2011; Varela et al., 1991).

Pero a partir de este enfoque sistémico, donde el espacio de las interacciones sociales reproduce todas las fuerzas que posee el sistema, consideramos que es también necesario conceptualizar sobre abordajes que dan cuenta de las políticas públicas como tutores de fuerzas de igualdad de derecho que desplazarían a aquellas otras fuerzas, que por su pretendido antropocentrismo, violentan al sistema al limitar su potencialidad adaptativa. Así, con las configuraciones teóricas del poder de cooperación propuestas por Perlo (C. L. Perlo & Romorini, 2011), la superación de las políticas de lo viviente por las de la vida de Didier Fassin (Fassin, 2004) y la comprensión de las relaciones sociales como espacio de reproducción o anulación de las formas de la violencia según Martiñán (Mantiñán, 2020), la postura alternativa de la participación ciudadana refleja las interacciones bidireccionales de las partes de un sistema en equilibrio dinámico —es decir, en igualdad de derechos de las partes intervinientes—.

El reconocimiento a la urgencia de instalar una *participación generativa* se podría decir que es “una realidad” instalada en la preocupación del actual paradigma de campos de poder, al encontrarla enunciada en el pedido explícito del reciente enfoque discursivo de la OMS, de Una Sola Salud (Hill-Cawthorne, 2019; Landford & Nunn, n.d.; Mackenzie & Jeggo, 2019; Scoones et al., 2017; Zinsstag et al., 2011)). Obligados por la dramática situación actual de deuda con la vida que genera la forma actual de interacción social dominante a nivel global, el enfoque de una sola salud abre a la propuesta teórica que lleva a reconocer la interdependencia en la relación de las partes para lograr la sustentabilidad del sistema ((Hill-Cawthorne, 2019; Landford & Nunn, n.d.; Mackenzie & Jeggo, 2019; Scoones et al., 2017; Zinsstag et al., 2011)). Interdependencia que se lograría con una participación de las partes en relaciones bidireccionales, donde la recursividad de los efectos como causas, ubican en igualdad de importancia a todas las partes ((Hill-Cawthorne, 2019; Landford & Nunn, n.d.; Mackenzie & Jeggo, 2019; Scoones et al., 2017; Zinsstag et al., 2011)).

Concepto que en las ciencias sociales se homologa a relaciones regladas por fuerzas de igualdad de derechos y de cohesión social con la naturaleza (Hill-Cawthorne, 2019; Landford & Nunn, n.d.; Mackenzie & Jeggo, 2019; Scoones et al., 2017; Zinsstag et al., 2011).

Describimos la vacancia en la literatura de la participación ubicada en “*ese entre bidireccional*” de las relaciones sociales, desde donde atraviesa espacios y sujetos, ya no categorizada según lugar o actores (comunitaria, social o ciudadana) sino en lo relacional y vincular porque *desde ahí*, de ese “*estar ahí*” emerge el cuidado de la salud y desplazaría la violencia del sistema (González, 2020; Mantiñán, 2020; Paiva et al., 2018a).

La construcción final del marco teórico, la realizamos por analogía con la recursividad de la teoría de la complejidad, es decir aquello que es una consecuencia de algo, luego es causa de ese algo. Entonces nos interesa indagar en la tesis cómo los condicionantes de la participación (o no participación), presentes en un primer orden de recursión, generarían —en tanto son causa también— la salud o la enfermedad del sistema como una propiedad emergente de todo el sistema. Es decir tomamos la definición de salud que propone Sturmberg (2019) desde la sistémica: “***La salud o la enfermedad es una propiedad emergente de las condiciones que operan en los diferentes niveles del sistema. Hay múltiples expresiones de salud-enfermedad (tantas como componentes tengan los subsistemas) y una única salud resultante, la de todo el sistema***” (Sturmberg et al., 2019). Esta interpretación es la base del enfoque de una Sola Salud donde “todas las partes juegan”, es decir deben tener lugar a participar en interdependencia, sin relatividad jerárquica en términos de superioridad sino en niveles de complejidad. A la vez, la forma en que emerja esa propiedad (expresada en alguna parte del continuum salud/enfermedad), por la recursividad sistémica, influiría de manera “sana o enferma” sobre la interacción de las partes del nivel inferior desde donde emergió (Sturmberg et al., 2019).

Vemos entonces, la importancia de participar, de interactuar, en la dirección que lleva al sistema a uno saludable. Según Guerra, la teoría de la complejidad es un campo epistémico metacientífica de la ciencias sociales y

humanas (Guerra, 2021), por eso esta perspectiva nos permitiría encuadrar la preocupación actual de los profesionales de salud que frente a la clausura del modelo biologicista, necesitamos reaprender en cómo abordar y contribuir a resolver, los problemas de salud. Creemos que es, en parte, integrando los aportes de las ciencias sociales a una comprensión compleja del fenómeno y ubicar a la participación ciudadana —en términos médicos prescriptivos— tanto como un medio y como un fin en sí mismo, para poder seguir acompañando a las personas a sanar o recuperar el rumbo de su propio subsistema, hacia la salud.

Para esta propuesta ambiciosa, mediante la observación de la conducta en la interacción de los actores de las escenas observamos las fuerzas sistémicas y la personalización que refiere Samaja (1994) y la confianza que tienen los actores en su desempeño, confianza dada, en parte, por la fuerza que reproducen de la estructura social a la que representan. Son las formas y funciones de las estructuras sociales en devenir, donde las formas anteriores quedan subsumidas, pero conservadas y superadas, en las estructuras posteriores que va adoptando el sistema; así las pautas de interacción social van cambiando y performando al individuo⁶⁵ (Samaja, 1994a). Este enfoque nos permite argumentar que la participación de las personas en el sistema está influida por cuatro tipo de fuerzas, que categorizamos siguiendo a Samaja según sean las pautas que vienen dando forma a los estratos de sociabilidad: fuerzas gregarias (fuerza de grupos y derechos selectivos), estatales (fuerza de igualdad de derechos universal), societales (fuerza del mercado civil local) y globales (fuerza del capital corporativo financiero internacional) (Samaja, 1994a).

⁶⁵ En un ejemplo sería: un actor posee el rol de funcionario que responde a la estructura estatal lograda en esa sociedad, que se rige por leyes que intentan construir normas ciudadanas pero también posee el rol de una estructura previa del sistema, el de integrante de un partido político, que se rige por reglas partidarias que son gregarias, es decir donde lo que importa es que se sostenga el “ismo” del partido en el poder antes que se exprese la igualdad de derechos que lograron las fuerzas transcomunales estatales. Ese actor, si tuviese que definir el mecanismo electoral (boleta única o boleta sábana) de las próximas elecciones, atributo que posee por la autoridad delegada por el cargo de funcionario, podría ser considerado un “traidor” de su partido si en esa definición se arriesgara el dominio en el poder de dicho partido.

Finalmente, en la revisión de marcos teóricos nos encontramos con la existencia de autores de las ciencias sociales que entran cada vez más en diálogo con los términos de la complejidad y aplican las leyes termodinámicas de la teoría general de sistemas. Existen algunos autores que comentan sobre la tensión que vive hoy el sistema por el devenir pasado, presente y futuro del equilibrio de las fuerzas (gregarias, estatales, civiles societales) perturbadas por el efecto disipatorio de las fuerzas corporativas de capital financiero desarrolladas en la globalización (Becerra, 2016), Darío Menanteau-Horta 2002, Teeple 2000, Toffler 2022). Existen otros autores que mencionan que el sistema social global cumple hoy los criterios prigoginianos, por el premio nobel Prigogine (Prigogine, 1986)), porque la globalización, definida como la llegada de “fuerzas de capital que generan capital”, hacen un desarrollo desigual mayor de algunas partes (corporaciones). La entropía de ese nivel arrasa con la energía de las otras partes del sistema, y las consecuencias son que esas fuerzas desreguladas del mercado, no pueden ya ser contrastadas por otras fuerzas —las que expresan la igualdad— y se generaría una aún mayor injusticia social global y un mayor daño ambiental. (Teeple, 2000).

Resumiendo, nuestro diseño teórico sistémico se construye con el aporte de Erving Goffman (Goffman et al., 1981) para el análisis de la conducta e interacción de los actores; con el aporte de la cibernética del cambio de Bradford P keeney (Goffman et al., 1981; Keeney & Wolfson, 1987) para la metodología de construcción de la matriz de datos en tres niveles y la recursividad entre los niveles con el aporte de Juan Samaja de reproducción social, subjetividad y transdisciplina como también de sus definiciones de los “estratos de sociabilidad” y la forma de influir en el devenir de los mismos en la “personalización” de los sujetos (Samaja, 2004b). Finalmente describimos las características de los sistemas complejos para desde ahí comprender el juego del poder en las interacciones con los aportes de Perlo (C. L. Perlo & Romorini, 2011) y enmarcar la participación ciudadana en el cuidado de la salud, según la propuesta de Carmona (2021), como vínculo afectivo en la reconstrucción de la trama social (Carmona & Perlo, 2021).

Si efectivamente nos encontrásemos, como sugiere Castillejos (2021) en un momento liminal/transicional de un cambio paradigmático en el sistema, en un pasaje de prácticas de guerra o violencia sobre el cuerpo, el espacio y el lenguaje, lo transicional (como experiencia y como lenguaje técnico) implicaría el desmonte de un cierto sentido común, de su naturalización, y la reproducción de nuevas socialidades y nuevos mundos-de-la-vida (Castillejo, 2021). Reconocemos que el marco interpretativo aplicado a lo que observamos durante nuestra propia experiencia de gestores es una elección imperfecta al problema que intentamos resolver, siendo imposible discutir categorías por separado porque están fuertemente interrelacionadas. Sin embargo, empoderados por Becker Howard (2022), entendemos que con el hilo conductor del marco teórico comentado, presentamos argumentos válidos desde dónde analizar y comunicar resultados “menos lineales” y siguiendo la metáfora del diseño de una mesa, haremos nuestro armado con las patas y partes hechas por otros, para sobre esos pilares, construir nuestra argumentación teórica (Becker, 2022; Rodríguez, n.d.).

II. Dimensiones teóricas para el análisis de la forma de participar de los actores durante la Red AMBA

Como adelantamos en el marco teórico de la metodología en el capítulo 2, empezamos a mirar las escenas a través de las lentes que nos ofrece Goffman (1981), para quien el orden social se genera localmente mediante las reglas ceremoniales y los rituales que gobiernan las relaciones cara a cara: el orden de la interacción está en la base del orden social (Goffman et al., 1981).

Para la construcción de la matriz de datos de tres niveles presente en las escenas necesitamos dimensionar categorías sobre:

-La descripción de la situación definida en la escena y la conducta de los personajes y las categorías de la acción. Describir la acción simple de aquello que hace o dice el actor equivale a la “descripción objetiva” de la forma.

-La descripción del contexto: que consiste en narrar dónde ocurre la acción, el proceso de cómo la conducta es influenciada por el contexto del actor (su pertenencia a una audiencia imaginaria construida en su cultura y las instituciones) que se manifiesta mediante la descripción de la interacción con otros donde el actor y el escenario deben ser coherente con la propia imagen que tiene de sí.

-La descripción del metacontexto: la interacción a la vez está influenciada por un metacontexto, que vendría a ser lo que determina el guión de la coreografía, qué/quienes lo determinan, qué influye o habilita el guión de lo que se va a interactuar, lo que opera en bambalinas. Lo que equivale a “intuir” cómo se expresan las fuerzas.

II.a Aportes teóricos de Erving Goffman para las dimensiones analíticas

Según Goffman (1981), debemos observar que cada interlocutor o actor asume uno o varios roles en la interacción en función del marco (situación-tipo reconocible por los participantes) y el escenario, así como de la imagen que se desea ofrecer a los otros, siendo estos roles una parte visible y contextualizada —por lo tanto observable— de los sujetos. Sin embargo, también refiere que podemos dimensionar los órdenes de recursión que están por encima, ya que dice que la comunicación no se limita solo a estas conductas interactivas, sino que también el contexto espacial y cultural (la fachada para Goffman) adquiere significado.

Otro de los elementos que nos aporta la obra de Erving Goffman es su conceptualización del ritual (Goffman, (1981)). Desde su perspectiva, más que un suceso extraordinario, el ritual es parte constitutiva de la vida diaria del ser humano, por lo que se puede decir que la urdimbre de la vida cotidiana está conformada por ritualizaciones que ordenan nuestros actos y gestos corporales. Marta Rizo Garcia (2011) lo traduce: *“En este sentido, los rituales aparecen como cultura encarnada, interiorizada, hecha cuerpo, cuya expresión es el dominio del gesto, de la manifestación de las emociones y la capacidad para presentar actuaciones convincentes ante los*

otros con quienes interactuamos. Las personas muestran sus posiciones en la escala del prestigio y el poder a través de una máscara expresiva, una 'cara social' que le ha sido prestada y atribuida por la sociedad, y que le será retirada si no se conduce del modo que resulte digno de ella; las personas interesadas en mantener la cara deben de cuidar que se conserve un cierto orden expresivo” (García, 2011, p. 6).

Además de ser un código de conducta, el ritual es un complejo de símbolos que transmite información significativa para otros con los movimientos del cuerpo, con el ámbito de la gestualidad, el uso del espacio en la interacción, en el sentido de que la ritualización actúa sobre el cuerpo produciendo la obligatoriedad y asimilación de posturas corporales específicas en cada situación de interacción cara a cara específica (García, 2011).

También vamos a utilizar el concepto de “distanciamiento del rol”, que es el de salvaguardar el espacio que le permite a la persona no sólo identificarse con el personaje y la escena en curso sino también comprenderla, cuestionarla y observarla con distancia crítica. Esa reflexividad da origen a modificaciones de los roles ideales o dominantes, a partir del aporte disruptor que introduce un actor al rol que ejecuta gracias a su propia agencia transformadora.

Por la importancia para esta tesis de comprender qué rol ejercen los funcionarios públicos en implementar la PCS, nos interesa también el concepto de “ideal del rol” de Goffman (1981). Según él, es la forma que la sociedad considera que debe ser un determinado rol social (por ejemplo, el ideal del rol del médico es atender al paciente empezando por escuchar su dolencia y no con imposición de manos). En el caso de los funcionarios estatales en salud, el ideal del rol sería garantizar el derecho a la salud mediante la participación ciudadana como expresión de lo que se considera una “participación genuina”. Sin embargo este ideal contiene una fuerte tensión entre lo instituido y lo instituyente. En palabras de Wolfe (1978) *“la participación genuina en los asuntos cívicos ha tenido tradicionalmente una cualidad subversiva” (Rothbard & Wolfe, 1978)*, es decir se participa para evitar estructuras sociales opresoras, lo que incluiría en el ideal del rol de los

funcionarios públicos también el rol de promover la autodeterminación y de frenar el avance en el sistema de todo tipo de fuerzas que propongan una relación violenta o una participación pasiva (simple, consultiva o proyectiva).

II.b Aportes teóricos de Bradford P. Keeney para las dimensiones analíticas

Acá presentamos el desafío en dimensionar lo que subyace y condiciona un proceso participativo, es decir de cómo dar cuenta de las fuerzas que en bambalinas condicionan las interacciones sociales, motivo de estudio de esta tesis. Para esto, aplicamos los aportes de Bradford Keeney y basándonos en su libro “Estética del cambio” (Keeney, 1983) aplicamos su método, que es referido en la obra de Edgar Morin, dentro de los métodos englobados dentro del pensamiento complejo (Morin, 1977-2006). Se trata de un concepto poco clásico de método, más abarcativo que el concepto naturalizado de método científico. Si éste último, se define por un conjunto de reglas, instrumentos y procedimientos impersonales y neutrales, e independientes del sujeto, el método base del pensamiento complejo, como estrategia cognitiva, pertenece a aquellas propuestas que procuran un conocimiento menos mutilante que respete la multidimensionalidad de los fenómenos (Morín, 1984). La obra de Keeney intenta delinear una epistemología alternativa, que da cuenta de la dialéctica entre la forma y el proceso que antecede la forma. Para conocer las leyes de la forma propone partir de trazar a) una distinción (A/noA) —*“porque el mundo puede discernirse de infinitas maneras según las distinciones que uno establezca”*— (Keeney & Wolfson, 1987, p. 33); b) buscar un reencuadre de los marcos de referencia; c) analizar los órdenes de recursión, retroalimentación y aprendizaje de las relaciones; d) dar cuenta de las pautas que conectan y corrigen para finalmente, e) modelar las pautas de las conexiones entre el cambio y la estabilidad en las formas de la distinción trazada (Keeney & Wolfson, 1987).

Este enfoque nos habilitó a trazar una primera distinción A/noA para analizar el antagonismo de las fuerzas que influyen en la expresión de una de las partes del binomio y construimos la distinción binomial “participación - no participación” (exclusión, desvinculación y en su extremo, la violencia). Luego observamos cuál de las formas del binomio se encuentra presente en las interrelaciones y bajo qué circunstancias, y esta observación nos permite analizar las fuerzas que intervienen y/o se expresan en los diferentes órdenes de recursión que influyen en las relaciones de las escenas. Los actores de las escenas, aún aquellos sin voz, no estarían pasivos ante la producción de potenciales significados que los controlan y aún cuando las personas lograsen participar o no activamente, lo hacen en parte, para “*sostener una definición de la situación que sea estable o coherente con la imagen que tiene de sí mismo*”(Goffman et al., 1981, p. 29). Entonces, el rol que el individuo juega en un específico contexto y metacontexto de interacción siempre será “*algo más que aquello visible —y que opera en bambalinas— y algo diferente de lo que se puede reducir a la pertenencia a una institución en cuanto tal y de la ubicación en su jerarquía y en sus tareas formales*” (Goffman & Rodríguez, 2006).

Desde el marco teórico en el que nos paramos, la participación de los actores es fundamental en las interacciones que dan la forma al sistema y son parte de un abanico de expresiones posibles entre los dos extremos de la distinción elegida: “participación - no participación”. Con los aportes metodológicos descritos en el capítulo anterior estamos interesados en analizar cómo se dan las relaciones entre las partes —los actores, “el cara a cara de Goffman”— y en particular trazar una distinción de la forma que va adoptando el sistema en el tiempo —entender por ejemplo si la *Red AMBA* devino en un programa vertical, horizontal o mixto influenciado por cómo fueron las interrelaciones anteriores en el tiempo de funcionario de programas que antecedieron la *Red AMBA* y que participaron en la misma (Capítulo 4).

Luego Keeney (1987) nos propone “buscar un reencuadre de los marcos de referencia”⁶⁶ donde analizar los órdenes de recursión, retroalimentación y aprendizaje⁶⁷ de la distinción elegida (participación/no participación) (Keeney & Wolfson, 1987). Es decir, dónde se reordena y se resignifica el sistema por la posibilidad de intervención desde un nivel superior (contexto o metacontexto). Para este reencuadre elegimos el propuesto por Samaja (2004) (Samaja, 2004b).

II.c Aportes teóricos de Juan Samaja para las dimensiones analíticas

El aporte de este autor nos permite analizar cómo los roles responden tanto a lo que el metacontexto invita, como a la necesidad del actor de mantener la imagen de sí mismo en coherencia con el contexto más cercano.

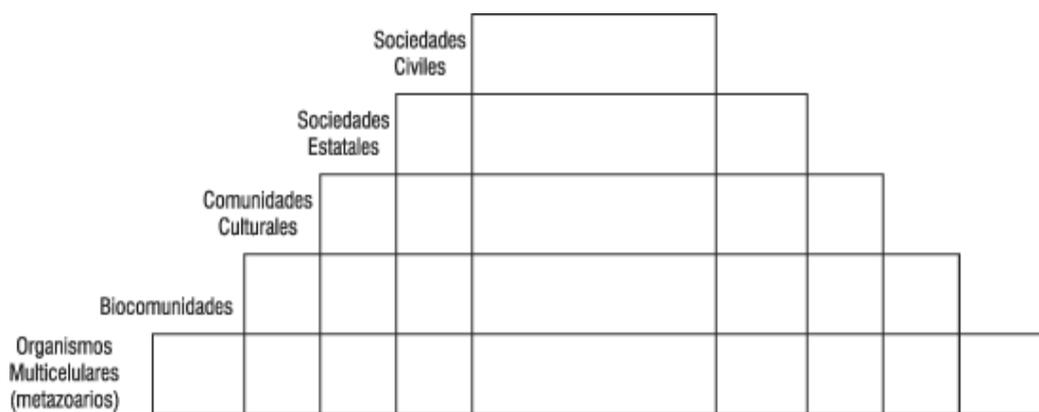
Primero es necesario compartir una propiedad de los sistemas complejos: Los niveles o jerarquías que se van alcanzando —superiores en términos de complejidad— influyen y regulan los niveles precedentes y a la vez dependen de ellos de que continúe la existencia de cada nivel logrado (interdependencia) (Von Bertalanffy, 1972). Luego, Samaja propone ordenar los niveles de complejidad del subsistema social de la siguiente manera: individuos, familias, comunidades, culturas, nación, estados, sociedad civil y global. Cada uno posee sus propias pautas o normas que vinculan sus partes, y cada uno constituye, es base, del siguiente nivel en el devenir histórico, ésto va generando una totalidad cada vez de mayor complejidad. Samaja los llama “*peldaños constructivos o epigenéticos*”

⁶⁶ En la creación de esta propuesta de investigación, Keeney se basó principalmente en la adaptación del concepto de marco de Bateson (Keeney, 1992). Sin embargo, también se considera el arreglo que realizó Goffman sobre el concepto de marco batesoniano (Keeney, Keeney & Chenail, s/f). De acuerdo a Gordon (2008), Goffman utilizó el concepto de marco en el estudio de cómo las personas dan sentido a sus actividades cotidianas. En este estudio hizo notar que los marcos suelen ser complejos por incluir varias capas o laminaciones que se envuelven mutuamente y van variando durante una conversación que crea un significado específico en un contexto específico (Keeney, et al., s/f), preconiza a la comprensión circular de cualquier proceso epistemológico.

⁶⁷ Recursión, retroalimentación y aprendizaje de Keeney son los términos equivalentes a los de supresión, conservación y superación de las estructuras anteriores de Samaja.

(Samaja, 2000)⁶⁸ “el hecho de que la sociedad civil constituye una instancia de liberación respecto del Estado absolutista, no debe hacernos olvidar que este a su vez implicó liberación respecto a linajes gentilicios, los que a su vez dieron lugar a genuinos procesos de liberación respecto de instintos y aprendizajes biocomunales, y a los impulsos instintivos...cada nuevo estrato del ser no sólo se levanta sobre el anterior, sino que se entraña en el interior y lo resignifica” (Samaja, 2004b, p. 67). **Figura 3.1.**

Figura 3.1: Diagrama de la secuencia epigenética de la sociedad según Samaja.



(Para una mejor comprensión de las categorías incluidas en este diagrama, cfr. Samaja 2000⁷)
(In order to better understand the categories included in this diagram, refer to Samaja 2000⁷)

En base a lo anterior, analizamos nuestro tema en su carácter estratigráfico y modular de las interacciones. Es decir, aplicamos estas definiciones para observar en cada sujeto, en distintos momentos y circunstancias, como responde a uno o varios de esos “trajes sociales” o “envolturas interrelacionales”. Observamos si en la interacción social los sujetos se encuentran influidos por: 1) leyes culturales, filiales, bajo códigos, normas y pautas de aceptabilidad a un grupo de pertenencia. El actor responde a fuerzas centralistas que operan desde los niveles con lógicas gregarias de control hegemónico, que habitan en organizaciones y corporaciones con

⁶⁸ Samaja aclara que los peldaños constitutivos no garantizan una forma de evolución del sistema con “final feliz”.(Samaja, 2000) La evolución de las relaciones sociales posee dependencia de las relaciones de los niveles no humanos del sistema, niveles iniciales que hoy se encuentran en riesgo de sustentabilidad, como por ejemplo el sistema complejo del agua, sobre el que emergen los biológicos y sociales.

líderes verticales y relaciones gentilicias. Estas fuerzas operan en la zona instituida del sistema que dan una forma sólida pero a la vez más rígida al sistema, con poca flexibilidad y cambio en el corto plazo; o por 2) leyes democráticas, que son las que brindan las condiciones en donde las personas son consideradas con igualdad de derecho. Estas fuerzas crean instituciones que dan lugar a acciones deliberativas y democráticas de sus integrantes y pertenecen a la zona del medio de un sistema, la zona dinámica de la complejidad sistémica; también observamos si están influidos por 3) leyes de mercado, que son aquellas que nos permiten vincularnos con otra persona, mediante un contrato hecho entre partes individuales siempre que no desconozcamos a las anteriores. Estas son fuerzas de cohesión más laxas, de múltiples formas y de gran creatividad de la capa de la sociedad civil; y por último, presentes en el desarrollo social más reciente, vemos si hay presencia de 4) leyes de mercado global-financieras que operan desde los niveles más externos del sistema, que determinan los macrodeterminantes de la salud global, como ser la geopolítica y la economía mundial. Estas fuerzas gobiernan a organizaciones y corporaciones internacionales que en la conceptualización del tipo de sistema global que construyen, se encontrarían en la zona disipativa del sistema.

En la **Tabla 3.1** vemos los componentes fundamentales de la jerarquía descriptiva del orden constitutivo y regulatorio de la sociedad humana como sistema complejo. Según Samaja, si la misma es leída en orden ascendente la relación entre los niveles es de *constitución*, leída en cambio en sentido descendente, la relación es de *regulación*.

Tabla 3.1: componentes fundamentales de la jerarquía descriptiva del orden constitutivo y regulador de la sociedad humana como sistema complejo. (Elaboración propia de la integración conceptual del libro “epistemología de la Salud de Samaja, 2016)

nivel / tipo de participación social	jerarquía organizada	relaciones	orden	individualidad (o identidad)
biocomunal Participación gregaria	entorno-familia biológica	parentesco	patriarcado	biocomunal
comuno-cultural Participación Comunitaria	Comunidad	gentilicio	sociedad gentilicia o sistema cultural	cultural
político-estatal Participación ciudadana	Estado - sociedad política	ciudadano	leyes jurídicas de derecho sistema de clases orden político	nacional simbólica / ciudadano
económico-societal Participación societal / cliente	sociedad civil sociedad globalizada	socio de cliente a excluido	orden societal contractual individual leyes de mercado financiero	Identidad y Globalización (Mac Gregor, 2005)

II.d De samaja a los sistemas complejos

Samaja habla de que cada nivel es una instancia de liberación de “*ataduras deterministas del nivel anterior*” dónde se reconocen y se reflexionan las restricciones de los niveles previos pero no es posible la reflexión del nivel actual donde se encuentra la persona. Samaja considera que esa liberación se capitalizaría en conocimiento y autodeterminación de las personas y dice “*lo que podemos llamar 'dialéctica de la liberación' coincide exactamente*

con la 'dialéctica del conocimiento', es decir, de la subjetividad" (Samaja, 2004b).⁶⁹

En la propuesta de autores sociales que siguen los conceptos de Ilya Prigogine (1982), esa energía producida (transformada en una ganancia de subjetividad en una persona según Samaja) podría estar siendo absorbida cada vez, de manera más concentrada por unas pocas partes del sistema (fusiones de corporaciones multinacionales) debido a que en la evolución del sistema ocurrió una bifurcación que no fue equilibrada. Es decir, actualmente no habría equilibrio dinámico entre los niveles del sistema, sino un camino hacia una nueva forma por la liberación “de las reglas” que van logrando sólo algunas partes y absorbiendo esa energía liberada. Esas partes ahora serían capaces de absorber la energía que libera todo el sistema bajo nuevas reglas de interacción (con menor participación humanas, “el capital genera capital”), esas partes, pasando el punto crítico de tensión que le ofrecen los niveles sobre los que se desarrollaron, produce un feedback positivo con entropía acelerada y disipan todo sistema (Guerra, 2021). El ciudadano queda excluido y la energía de esa sociedad globalizada es dirigida hacia sólo unos pocos de manera unidireccional (extractivismo) (Mac Gregor, 2005).

Los conceptos de rigidez, de dinamismo o de disipación del sistema, podemos ahora introducirlos de manera relacionada al carácter estratigráfico y modular de las interacciones que nos presentó Samaja en la **tabla 3.1**. Podemos decir que el nivel comunal construye un sistema rígido, el estatal uno dinámico y el societario uno disipitario.

III. Sistemas complejos: el nivel global y las políticas públicas de la vida.

Primero es necesario compartir algunas definiciones: un sistema complejo se define como un conjunto de partes cuyas relaciones no son previsibles

⁶⁹ En analogía con términos de la termodinámica, “esa liberación de las normas más rígidas de los estratos anteriores” es análoga a la “liberación de energía cuando se rompe la fuerza de los enlaces químicos”, energía que puede ser tomada por otra parte del sistema# o simplemente liberarse en forma de calor, o equivalente, al medio (Maldonado, 2011).

pero que en su totalidad se especifica una autonomía organizacional para llevar a cabo su función, las partes interactúan entre sí y la totalidad con el entorno; no puede deducirse la función del sistema del análisis segmentado reduccionista de sus partes, las conexiones son cambiantes y no fijas y finalmente las propiedades emergentes de las relaciones de las partes en un nivel generan las condiciones organizacionales de nuevos niveles o jerarquías superiores (Llamazares, 2013).

Desde la perspectiva de los sistemas complejos, es necesario explicar cómo la forma que va adaptando un sistema es consecuencia de la interacción de diferentes fuerzas en tensión operando en diferentes niveles del sistema. Estas fuerzas son internas, de cada una de las unidades de cada nivel del sistema y externas al nivel, tanto porque provengan del contexto en el que evoluciona el sistema como de las fuerzas resultantes de otros niveles. La tensión del encuentro de las fuerzas, en su punto justo permite la emergencia de nuevas complejidades del sistema, que va adaptándose y evolucionando. Si una de las fuerzas no es equilibrada en el punto justo que habilita la evolución (conocido como punto de criticidad), el sistema se rigidiza o se disipa, en ambos casos pierde su capacidad adaptativa y deja de ser sustentable y “se rompe” (Castillo-Villanueva & Velázquez-Torres, 2015).

Como anteriormente compartimos, reconocemos un desarrollo en jerarquías o niveles de organización cuando decimos que sin relaciones biológicas no hay comunidad de parientes, sin las comunidades no hay Estado y sin el Estado no hay sociedad civil. En la historia de nuestro sistema social, podemos decir que la tensión de fuerzas operando desde este último nivel, no se encontraría en equilibrio, generando anulación de la vida en los niveles más inferiores a juzgar por una pérdida del 70% de la diversidad de las especies. El sistema para los sociólogos sistémicos parecería haber tomado un camino de bifurcación, dónde las grandes asociaciones en corporaciones dirigen y ponen condiciones de frontera al Estado y empiezan a penetrar e influir las normas de relacionarse en cada capa sobre las que se apoya y esto ocurriría porque la bifurcación del sistema tomó un camino que se escinde de donde vino, domina y cambia las pautas de las interacciones,

sin garantía de sustentabilidad, por interferir en las dinámicas relacionales de las partes cuando se encuentran interactuando bajo las lógicas de los niveles previos (gregarios, estatales y civiles) (Grün, 1998; Laszlo & Laszlo, 1997). Para Grün (1998) esta dinámica lleva al “*sistema lejos del equilibrio*” (Grün, 1998; Laszlo & Laszlo, 1997). Cada nivel del sistema tiene su forma, que a la vez incluye las cualidades “aprendidas” gracias al equilibrio, siempre dinámico y complejo, de las fuerzas del nivel que lo antecede. Esta característica de un sistema complejo se conoce como aprendizaje (autopoiesis) y es logrado en un proceso, es decir todo sistema tiene una historia en devenir del surgimiento de nuevas propiedades emergentes adaptativas en los nuevos niveles de complejidad superior que va adoptando el sistema en esa historia (Varela et al., 1991). **El aprendizaje ocurre en el punto de criticidad autoorganizativa**, en el campo o lugar donde están interactuando dichas fuerzas permitiendo o no una “emergencia”. El sentido hacia donde aprende el sistema no está predeterminado y como dijo Samaja (2004) “*no tiene garantía de un final feliz*” (Samaja, 2004b).

En esta línea, retomamos los conceptos de Fassin (2004), médico, antropólogo que alerta sobre la necesidad de limitar con políticas de la vida, las incursiones de las fuerzas de dominación desde los niveles globales⁷⁰ (Fassin, 2004). Esta urgencia compartida podría resolverse si los actores del sistema empezamos a reproducir en nuestras interacciones aquellas fuerzas que equilibran el sistema, las que pertenecen al nivel estatal mediante su agencia de funcionarios y las que construyen ciudadanía mediante la participación social.

⁷⁰ Este es un debate actual, al que nos abstenemos de entrar en la tesis: si estamos a tiempo o no de poder remediar el sistema. Si todo su conjunto se disipara por esa pérdida de fuerzas de equilibrio, o como sostienen algunos historiadores actuales (Harari), estamos en presencia de un devenir “real”, de la inteligencia artificial y las posibilidades para unos pocos de lograr las condiciones de vida en nuevo mundo (la inmortalidad por bioingeniería de reparación del ADN). Este enfoque, es a nuestro juicio antropocéntrico y otro berrinche del positivismo por dominar la situación, ya que se olvida de incluir que juegan las bacterias, sobre todo las propias, que nos constituyen en organismos sistémicos, y mal que nos pese, somos sus envolturas, hoy la biología nos renomina como “holobiontes” y ya no como seres humanos.

III.a Las propiedades de un sistema complejo

En el siguiente cuadro, resumimos las propiedades de los sistemas complejos que analizamos como tales en el estudio del caso. Cuadro 3.1.

Cuadro 3.1: Propiedades de los sistemas complejos

- **Interconexión:** Los sistemas complejos están formados por múltiples componentes o elementos que están interconectados y se influyen mutuamente. Los cambios en un componente pueden tener efectos en otros componentes del sistema, lo que puede resultar en un comportamiento global emergente.
- **Emergencia:** Los sistemas complejos pueden mostrar propiedades o comportamientos emergentes que no pueden ser explicados solamente por el estudio de los componentes individuales, sino que surgen de las interacciones y relaciones entre los componentes del sistema. Estas propiedades emergentes son a menudo impredecibles y pueden ser difíciles de entender o controlar.
- **Dinamismo:** Los sistemas complejos son inherentemente dinámicos, lo que significa que están en constante cambio y evolución. Sus componentes y las relaciones entre ellos pueden cambiar con el tiempo, dando lugar a patrones de comportamiento que pueden ser no lineales o caóticos.
- **Retroalimentación:** Los sistemas complejos a menudo incluyen mecanismos de retroalimentación, donde los cambios en un componente del sistema pueden tener efectos de retroalimentación en otros componentes. Estos lazos de retroalimentación pueden ser positivos (reforzadores) o negativos (reguladores), y pueden influir en la estabilidad o inestabilidad del sistema.
- **No linealidad:** Los sistemas complejos pueden mostrar comportamientos no lineales, lo que significa que las relaciones entre las causas y los efectos no son proporcionales o predecibles de manera directa. Pequeños cambios en un componente o en una variable del sistema pueden tener efectos desproporcionados o impredecibles en el comportamiento global del sistema.
- **Contextualidad:** Los sistemas complejos son sensibles al contexto en el que se encuentran. El entorno externo, las condiciones iniciales, las interacciones y las influencias externas pueden tener un impacto significativo en el comportamiento y la evolución de un sistema complejo.
- **Dependencia del contexto histórico:** Los sistemas complejos están intrínsecamente vinculados a su contexto histórico. El pasado y la historia de un sistema complejo influyen en su estado actual y en su comportamiento futuro. La comprensión del contexto histórico es esencial para entender plenamente un sistema complejo y su evolución.
- **Autoorganización:** Los sistemas complejos tienen la capacidad de organizarse a sí mismos sin necesidad de una dirección externa. Los patrones y estructuras emergentes que se forman en el sistema son el resultado de la interacción entre los componentes y las reglas o principios que rigen su

comportamiento.

- **Caos:** Los sistemas complejos pueden mostrar comportamientos caóticos, lo que implica que son altamente sensibles a las condiciones iniciales y pueden producir resultados impredecibles o aleatorios en el tiempo. Pequeñas variaciones en las condiciones iniciales o en la dinámica del sistema pueden tener un impacto significativo en su comportamiento futuro.
- **Resiliencia:** Los sistemas complejos pueden tener la capacidad de recuperarse o adaptarse a perturbaciones o cambios en su entorno. La resiliencia de un sistema complejo depende de su capacidad para absorber, adaptarse y recuperarse de perturbaciones o crisis, y mantener su funcionamiento o incluso mejorar su desempeño.
- **Interdependencia:** Los sistemas complejos pueden tener una alta interdependencia entre sus componentes, lo que implica que los cambios en un componente pueden tener efectos en otros componentes del sistema. La comprensión de las relaciones de interdependencia y la identificación de los puntos críticos del sistema son importantes para entender su comportamiento y su estabilidad.
- **Autoadaptación:** Los sistemas complejos tienen la capacidad de adaptarse a sí mismos a lo largo del tiempo. Pueden cambiar su estructura, función o comportamiento en respuesta a cambios en su entorno o en su propia estructura interna, lo que les permite mantener su funcionamiento eficiente y efectivo en condiciones cambiantes.
- **Evolución:** Los sistemas complejos pueden evolucionar a lo largo del tiempo, lo que implica cambios graduales o transformaciones en su estructura, función o comportamiento a lo largo de múltiples generaciones. La evolución de un sistema complejo puede ser impulsada por cambios en su entorno, adaptación o aprendizaje.
- **Globalidad:** Los sistemas complejos deben ser estudiados y comprendidos como un todo integrado, en lugar de analizar y entender únicamente los componentes individuales. El comportamiento del sistema en su totalidad puede ser diferente o impredecible en comparación con la suma de los comportamientos de los componentes individuales, lo que requiere un enfoque holístico en su estudio y comprensión.
- **Emergencia de jerarquías:** Los sistemas complejos pueden mostrar la emergencia de jerarquías o niveles de organización, donde las propiedades y comportamientos a nivel global son distintos de los propiedades y comportamientos a nivel local. Las jerarquías pueden surgir como resultado de la interacción y organización de los componentes del sistema, y pueden ser una característica importante en la comprensión y gestión de sistemas complejos.

Consideramos bajo la teoría sistémica, al caso de estudio, “*la Red Pública de Salud AMBA*”, como un subsistema desde donde analizar el sistema porque refleja las propiedades presentes en el mismo, propiedades que se

expresarían en sus partes (los actores de las escenas). De esta manera, las partes intervinientes son personas que en su propio devenir interactuaron en este programa: ya sean personas con relación contractual con el Estado como funcionarios para este programa o personas beneficiarias o afines al programa.

En este recorrido conceptual, resumimos que lo que intentamos enlazar en la tesis es que en las interacciones entre los actores de las escenas, las formas de “*participarse y participar a otros*” (de forma rígida, ciudadana o humanitaria) serían condicionadas por distintas fuerzas sistémicas que reproducen un sistema rígido, en equilibrio dinámico o disipativo y que dichas fuerzas se expresan en tensión en la forma de subjetivizarse y por ende actuar de los actores de la *Red AMBA*.

III.b La salud y su enfoque sistémico en la hipótesis de la tesis

A partir de las propiedades de un sistema complejo resumidas en el cuadro 3.1, creemos poder, finalmente, enmarcar nuestra hipótesis bajo la teoría de la complejidad. En los capítulos de resultados, hacemos referencia empírica a dichas propiedades para fundamentar con datos, la hipótesis que proponemos en esta tesis: “La PCS sería la manera de interconectar las partes del sistema, mediante interacciones entre las personas que se encontrarían condicionadas por fuerzas en tensión (conflicto-acuerdo) y desde donde emergerían las propiedades del sistema. La salud o la violencia serían propiedades emergentes posibles de dichas interacciones, según sea el condicionamiento de las fuerzas sistémicas desde el entorno (contexto o metacontexto) tanto sobre los actores como sobre las normas de las interacciones. Estas propiedades generarían lazos de retroalimentación positivos (reforzadores) o negativos (reguladores) sobre las partes interactuantes, influyendo en la estabilidad (salud) o inestabilidad (enfermedad y muerte) del sistema.”

Vemos que la salud es entonces factible de ser considerada una propiedad sistémica, que emerge de cómo interactuemos las partes que componemos el

sistema en la resolución de conflictos. Este aporte teórico permite reconocer similitudes sistémicas en la entrevista que le brinda Floreal Ferrara a Beatriz Blanco en el 2008: *“El hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad”* (Blanco, 2010). Por otro lado, en el análisis que realizan sobre los pilares ideológicos de Floreal Ferrara, Mendizabal y Morrone refieren que: *“promover la participación comunitaria en la toma de decisiones, planificación, elección de prioridades, control y evaluación de acciones implica la interacción de actores individuales pero requiere, según Ferrara, de un equipo de salud capaz de realizar un análisis teórico de ese sistema de interacción. Esta forma de incluir un equipo en el barrio está influida por el concepto de sistemas sociales de acción de Parsons”* (Mendizábal & Morrone, 2017). Según Carnut (2019), ATAMDOS posee las ideas de Talcott Parsons que se enfoca en el estudio de la interacción social y el comportamiento de las personas en situaciones sociales concretas y es conocido por su teoría del funcionalismo estructural, que busca comprender cómo las instituciones sociales y los sistemas sociales cumplen funciones específicas para mantener la estabilidad y el equilibrio en la sociedad (Carnut & Zöllner Ianni, 2019). Esta influencia está presente en el manual de ATAMDOS que considera fundamental institucionalizar la participación para que sean las estructuras, con sus nuevas funciones institucionalizadas, quienes reproduzcan el sentido de la participación: *“La participación es un proceso social y para consolidarse deberá traducirse en estructuras organizativas permanentes, que para que perduren, cuya perspectiva sea una profunda transformación del esquema de las relaciones sociales”* (del manual de ATAMDOS) (de la Provincia de Buenos Aires, n.d., p. 32).

Observamos también que la definición de salud del coordinador de la *Red AMBA*, Fernán Quirós, se enmarca en una concepción sistémica de un proceso de relaciones: *“Entendiendo que la salud es un proceso dinámico, que implica equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la*

persona, consigo misma, la familia, la comunidad y su entorno ambiental, la enfermedad es el estado que resulta de la interrupción del equilibrio y armonía de estas relaciones. Partiendo de esta definición, se entiende que el abordaje de la salud es complejo y requiere la articulación de distintas miradas.” (nota periodística)⁷¹

Proceso para el cuál también se consideró la necesidad de darle un marco institucional a la participación social a través de los equipos de salud, en la conformación de los equipos completos como se hizo referencia en la descripción del caso en el capítulo 2.

III.c El enfoque de sistemas complejos en las ciencias sociales

Este apartado teórico lo jerarquizamos para darle contexto sistémico a los condicionantes socio-históricos que enunciamos en el capítulo 4, para lo cual ponemos de relieve la noción de temporalidad en los sistemas complejos que describe lo que son las bifurcaciones en el tiempo; lo que nos permite acercar la mirada sistémica sobre las ciencias sociales de varios autores. (Becerra, 2016) (Grün, 1998; Prigogine & Allen, 1982) (Prigogine, 1984, 1986) (Prigogine, 1986) (Prigogine, 1984, 1986) (Toffler, 2022) (Laszlo & Laszlo, 1997) (Guerra, 2021).

Los sistemas sociales, económicos y políticos en los que vivimos inmersos están crecientemente «estresados» y más tarde o temprano sus caminos evolucionarios tienden a bifurcarse. (Grün, 1998) Ahora bien, lo que Prigogine⁷² denomina el punto de bifurcación es el momento en que un sistema salta a un nivel superior de organización o se desintegra por completo (Prigogine & Allen, 1982) (Laszlo & Laszlo, 1997).

Así, las fuerzas de mercado influyen en la arena política y sobre los funcionarios que deben instalar lógicas con fuerza de igualdad de

⁷¹Entrevista, <https://metropolitana.org.ar/idm/hacia-un-sistema-metropolitano-de-salud-publica>

⁷² Ilya Prigogine fue premio nobel de química en 1977, por la termodinámica del no-equilibrio, si bien él en ningún momento inicia un diálogo profundo con autores de las ciencias sociales tal vez es el primero en generalizar la complejidad a un problema “epistemológico” fuera de su dominio originario.

derechos.⁷³ En la historia vemos que un punto de bifurcación se abre con la Salud Global en respuesta al fenómeno globalización, donde predominarían por ahora las fuerzas disipativas, antes de ella el enfoque de cooperación entre países en las Américas estaba en una trama de actores articulados en la OPS. Nos parece necesario remarcar, en especial el liderazgo de María Isabel Rodríguez, fundadora en 1985 del Programa de Formación en Salud Internacional (PFSI) (Rodríguez, 1991) (Auer & Espinel, 2011).

Estas fuerzas en tensión, por lo visto desiguales, llevan al sistema “lejos del equilibrio” lo que según Toffler (1994) donde se comportan de maneras extrañas que violan las normas habituales. Se tornan no lineales, lo que significa que pequeñas causas pueden desencadenar efectos gigantescos (Toffler & Toffler, 1994). Se dice que el sistema mundial está cobrando características prigoginianas, por lo que Ilya Prigogine denomina «sistemas lejos del equilibrio» y que por ello se están produciendo bifurcaciones que hacen que cambien sus características y adquieran nuevas y distintas (Prigogine & Allen, 1982).

Siguiendo el concepto de Prigogine, del devenir de los sistemas que implica un proceso de complejidad creciente y autoorganización a lo largo del tiempo (Prigogine, 1983), vemos en estas escenas las diferentes formas de interactuar posibles que se están dando en el presente y que responden a formas más rígidas (políticas poco flexibles y resistidas por el entorno como fue ATAMDOS) o más disipatorias (las de mercado facilitadas por intereses individuales societales) y que en el tiempo conducen a nuevos estados (autoorganizados a partir de esas fluctuaciones).

Al referirse a la obra de Prigogine, Pablo González Casanova (2004) nos simplifica su comprensión para entender la complejidad en las ciencias sociales y humanas (Casanova, 2004): 1) los fenómenos abiertos son sometidos a cambios irreversibles —incluso sorprendidos— por obra de una dinámica relacional de las partes no-lineal; 2) el problema del tiempo como complejización creciente de los fenómenos; y 3) finalmente —y por suerte

⁷³ La iniciativa prosperó durante 21 años, contribuyó a la formación de 187 profesionales de 32 países e inspiró a programas descentralizados de pasantía en cooperación internacional.

esperanzador— la acción humana como un factor de cambio (Casanova, 2004; Maldonado, 2011). Su principal conclusión epistemológica es la impredecibilidad del estado futuro de un sistema complejo (Becerra, 2016).

En un sistema ocurren procesos no lineales que generan perturbaciones, provocando estados inestables y la ocurrencia de procesos caóticos progresivos que llevan al sistema hasta “puntos de bifurcación”, entendidos como acontecimientos azarosos (Prigogine, 1986). Las posibles soluciones se bifurcan, o el sistema regresa al estado inicial (proceso de retroalimentación negativa) o comienza a autoorganizarse para evolucionar en una nueva estructura disipativa (proceso de retroalimentación positiva) y si estas perturbaciones van más allá de un umbral crítico de estabilidad, experimenta una transformación, adoptando un modo de funcionamiento distinto, estructurado en el tiempo y en el espacio. Este proceso de autoorganización conduce hacia lo que Prigogine ha llamado una estructura disipativa (Prigogine & Stengers, 1975; citado por Navarro, 2001).

Como refiere Darío Menanteau-Horta (2002) este proceso disipativo se encuentra iniciado por la globalización (Menanteau-Horta, 2002) porque se cumple con los criterios prigonianos. También Teeple, refiere que la globalización se puede definir como la llegada de fuerzas de capital que generan capital, que se van concentrando en algunas partes (corporaciones) la entropía de ese nivel y absorbe centrípetamente la energía de las otras partes del sistema, por lo que las consecuencias de las fuerzas desreguladas del mercado por otras fuerzas serán de mayor injusticia global y daño ambiental (Teeple, 2000).

Si las fluctuaciones son pequeñas, pueden ser fácilmente ajustadas por vía de la retroalimentación negativa. Sin embargo, si son grandes y el sistema no es capaz de ajustarse entonces la retroalimentación positiva hace que las fluctuaciones se alimenten a sí mismas con energía del propio sistema y la amplificación puede fácilmente hacer que el sistema, conocido como tal, deje de persistir. Cuando esto sucede el sistema puede o bien colapsar o reorganizarse a sí mismo. Con relación a esto, Alvin Toffler (2022) nos enseña que la democracia en sí, ha alcanzado ese momento en que un

sistema salta a un nivel superior de organización o se desintegra por completo (Toffler, 2022). Según él, estamos en presencia de una estructura disipativa donde para captar tanto las oportunidades como las nuevas y extrañas amenazas a las que la democracia se enfrenta, necesitamos considerar la política y el gobierno de una forma nueva, que detalla desde un enfoque sistémico en su obra (Toffler, 2022).

Finalmente, como vemos la evolución no se concibe como un proceso lineal o continuo sino como una sucesión de períodos en los que la estructura mantiene una estabilidad relativa estacionaria, ningún sistema complejo es jamás estructuralmente estable lo que nos permite concluir, que desembocamos en la imposibilidad de hablar de final de la historia, sino sólo de fin de historias.

IV. Concepción epistemológica sistémica de la participación ciudadana en el caso de estudio

En esta concepción, según sea la forma que resulte de la tensión de las fuerzas, puede ocurrir que la parte se desligue del conjunto, es decir no interactúe más, se aísle, disipe o perezca. Esto podría ocurrir en una personas cuando no pone en el sistema su propia fuerza (energía, saberes y habilidades) ya sea por la pasividad del sujeto como consecuencia de su propia inhibición, de frenar su propio potencial, o por un sistema que lo anula o no le permite desplegar su potencial, es decir lo violenta. Estas acciones contribuirían a documentar un síntoma del sistema hacia uno no inclusivo, donde las asociaciones —vínculos— son débiles y las partes no participan.

Por otro lado, si una parte no reconoce el valor del conjunto y domina al resto (violentando los vínculos a su conveniencia), es una parte que no recibe ni aprende de la retroalimentación de lo que le pasa a otras partes del sistema, hegemoniza, lo que genera un sistema rígido y normalizado con interacciones fijas y unidireccionales que también se desvitaliza porque pierde la flexibilidad para adaptarse. Desde esta concepción sistémica, pensamos que es posible construir los dos extremos del binomio no

participación (violencia propia o externalizada) / participación (lucha - democracia - ciudadanía).

A continuación compartimos las características de los sistemas complejos a nuestro subsistema la *Red AMBA*, características que enmarcan cómo analizaremos la expresión del dualismo no participación/participación en salud: 1) temporalidad de los sistemas, 2) Interdependencia de las partes, 3) noción de complementariedad y recursividad de los efectos y 4) retroalimentación.

IV.a El análisis de la temporalidad

En primer lugar, partiendo de los principios y supuestos intervinientes en esta teoría, como ya describimos en el apartado III.c, la noción de temporalidad (devenir) de los sistemas implica un proceso de complejidad creciente y autoorganización a lo largo del tiempo (Prigongine, 1983). Para analizar metodológicamente si este principio se encuentra presente en las escenas, Samaja (2004) nos propone:

“las investigaciones científicas en el tema salud deben dirigirse no sólo sobre los aspectos estructurales y funcionales de su objeto sino también y ante todo, sobre la historia, entendida (..) como la presencia del pasado en lo actual, en los ciclos reproductivos de los niveles anteriores por medio de los cuales se mantiene lo ya existente” (Samaja, 2004b, p. 65)

Desde este principio se propone estudiar el caso en su historicidad. Así los procesos histórico-políticos que antecedieron son *condiciones de posibilidad* de que la Red Pública de Salud AMBA se haya materializado en una forma, dichos condicionantes se describen en las escenas seleccionadas del capítulo 4, a través de las narrativas de los actores que intervinieron en algunas las políticas públicas que antecedieron a AMBA.

IV.b La noción de complementariedad

En segundo lugar, describimos la complementariedad⁷⁴, Keeney nos propone que es necesario aproximar las distinciones duales que solemos hacer (bueno/malo, observador/observado, arte/técnica, mente/cuerpo, estabilidad/cambio etc) como complementariedades en función de procesos recursivos. La cibernética (parte de las teorías sobre sistemas complejos) es el estudio de esta relación complementaria estudiando la pauta o proceso que opera para que se exprese uno de los polos de los opuestos. Esta es una manera de superar las descripciones lineales progresivas de causa y efecto. (Keeney, 1983) Varela sugiere que cada vez que encontramos un dualismo de este tipo —que él denomina par hegeliano—, debemos advertir que estamos ante un esquema incompleto y que para cada par hegeliano de la forma A/no-A existe una forma más incluyente, donde los aparente opuestos se incluyen en dicha forma más abarcadora en otro orden de recursión que muestra cómo “*las parejas (polos, extremos, modalidades, lados, aspectos, opuestos, etc) se relacionan y sin embargo permanecen distintas*” (Varela, 1976).

Con este enfoque consideramos analizar cómo el par conflicto/consenso, observable en primer orden de recursión entre la conducta y comportamiento de los actores de la escena, es calibrado por el proceso de retroalimentación que genera el par violencia/participación en un orden superior del sistema, ya sea en el contexto o en el metacontexto. Los códigos que se incluyen en estas categorías se describen en los capítulos de resultados obtenidos luego de un ir y venir entre el material empírico, que genera la dialéctica del conocimiento y la resignificación de la subjetividad de la autora (Samaja 2004).

⁷⁴ Se aplica cuando las características o propiedades de un concepto son las que al otro le faltan para tener sentido. El término “complementariedad” fue introducido por Niels Bohr, según el cual, en los fenómenos subatómicos, las partículas elementales manifiestan propiedades de onda y de partícula a la vez, aunque son necesarios ambos modelos teóricos, pese a que se excluyen entre sí y cuya determinación simultánea es imposible. La consecuencia de la complementariedad es el indeterminismo en la mecánica cuántica. Niels Bohr extendió este principio a cuestiones de biología, psicología y filosofía.

IV.c La presencia de retroalimentación

En tercer lugar, el retorno de la información para formar un lazo de control cerrado es la retroalimentación o feedback que permite autorregular el sistema introduciendo los resultados de su desempeño en el pasado (Wiener, 1967). Enunciado de otro modo, toda retroalimentación es un aprendizaje, es un proceso liminar del pasaje de un estado a otro del sistema. *Los contextos de cambio y aprendizaje están principalmente destinados, por consiguiente, a establecer o modificar la retroalimentación* (Keeney & Wolfson, 1987, p. 83).

Así el andamiaje relacional de la *Red AMBA*, expresado en la tabla 2.5, y que vemos su funcionamiento en los capítulos de resultados, lo consideramos formador de contextos donde al parecer ocurría retroalimentación entre acciones llevadas a cabo en distintos niveles. Ese aprendizaje que permite la reflexión, en la *Red AMBA* se proponía acompañar con sus implementadores (facilitadores, coordinadores de municipio y coordinadores transversales) y mediante una sistematización del proceso de retroalimentación (proformas, reuniones, minutas, softwares colaborativos, etc). Esto dialoga con la idea de yuxtaposición de Massey (2012) en la producción de lo espacial: *“Los lugares y los espacios, más que localizaciones con coherencia propia devienen focos de encuentro de lo no relacionado. Aún más, si eso es así, entonces lo espacial se convierte en generador de narrativas. Al poner en contacto distintas temporalidades, lo espacial provoca interacción, la cual pone en marcha nuevos procesos sociales”* (Massey, 2012: 139).

Generar un espacio para que ocurran “focos de encuentro de lo no relacionado”, desde la sistémica sería el contexto facilitador de las interacciones entre las partes de un subsistema. La emergencia de esa interacción es una “nueva narrativa” de lo que pasa ahí, que pone en marcha nuevos procesos sociales, es decir movería el status quo del sistema.

V. El poder, condicionante de la participación, como punto de criticidad del sistema: ruptura o fractalización

El poder, abordado en el capítulo 1, lo reconceptualizamos desde la perspectiva de la complejidad, que lo ubica en el campo de fuerzas en el punto de criticidad autoorganizador. Como dijimos en el apartado III de éste capítulo, es el punto en dónde ocurre el aprendizaje. Ese “punto” se encuentra bajo tensión de fuerzas, que en su tensión justa y equilibrada habilita la posibilidad a una nueva emergencia, forma o patrón, lo que se conoce como fractalización⁷⁵. Si la tensión es unilateral y la fuerza no es contrarrestada, no hay una emergencia nueva, el proceso se detiene. Homologando fuerza a poder, es logrando una tensión resultante de todas las fuerzas que intervienen, que el sistema permanece en su punto dinámico de equilibrio. Esta mirada del juego de fuerzas, incluiría al concepto de campo de Bourdieu dentro del análisis en un sólo nivel, donde los agentes presentes se disputan, entre ellos, con las reglas de ese campo, pero sin poder contemplar los efectos sobre el punto crítico en el que se encuentran del sistema. Si uno gana en fuerzas en ese nivel, es probable que el sistema se rigidice perdiendo su poder de adaptación por inhibir otras fuerzas y quedar una sólo forma dominante ((Castillo-Villanueva & Velázquez-Torres, 2015)).

Entonces, bajo este paradigma esperar que las personas coincidan o se alineen bajo una postura dominante es incorrecto, porque es desde el valor de la diversidad, de la tensión entre fuerzas que deben estar siempre presente, que el sistema evoluciona. Por eso, no compartimos el comentario de Oszlak y O'Donnell (1976) que parecería partir que encontrar un escenario de coincidencias sería algo ideal pero imposible: *“Difícilmente encontremos casos en los que todos los actores, incluido el Estado, coincidan en la percepción y valoración del problema social que se ha convertido en cuestión. Además de la toma de posición de cada uno de los*

⁷⁵ Por definición, el fractal es una imagen geométrica replicada en varias escalas, es decir, una forma en el espacio. Sin embargo, ciertos antropólogos utilizan el término “fractal” para designar una idea, noción o representación, replicada en varios actores.

actores, en el plano simbólico también se ve un proceso iterativo en el que importa la percepción de cada uno acerca de la manera en que los restantes han definido la cuestión” (Oszlak & O’donnell, 1976, p. 116) Desde el marco sistémico, es la diferencia la condición de base que motoriza las construcciones y se trata de lograr el punto de criticidad, ese momento donde de la tensión justa, saldría un acuerdo que habilitaría una nueva acción. Nos preguntamos si la tensión de campos de poder, en la evolución paradigmática epocal que estamos viviendo, podría dejar de pensarse como un juego lineal, de competitividad (unos ganan en un solo nivel pero todos pierden a nivel sistémico) y en cambio pensarlo como un juego de desafío, de ingenio, de encontrar por dónde serían las acciones que encuentran ese punto crítico que permite que todo el sistema (no solo un nivel, momentáneamente) persista. En este sentido, las formas de interacción dentro de un microsistema social serían la expresión del tipo de poder operando en las dinámicas de las relaciones sociales —poder hegemónico-violento/colaborativo-participativo— y la participación ciudadana aquella forma que iría encontrando los *denominadores comunes*, “componiendo lo plural” (Pérez Royo et al., 2016).

Recuperando el ejemplo del PROMIN, podríamos decir que en la forma en que Chiara (2005) describe la historia de ese programa en el municipio Los Tilos (Chiara & Di Virgilio, 2005), los actores reproducirían el enfoque de dominación del campo de fuerzas sin “composición del plural”, por un lado el PROMIN se diseñó de manera centralizada y parecería considerar a los actores locales como necesarios para su objetivo y para “neutralizar su poder” generó una estructura de oficinas y funcionarios intermedios, con una lógica que parecería penetrar el territorio justificada por una “noble” intención de llevar recursos a los beneficiarios del programa; lo que dijimos que se conoce como top down (de arriba hacia abajo). Por otro lado, en el municipio el juego de otros actores dominan el territorio, quienes se protegen y condicionan la implementación, es decir contraponen la fuerza que “baja” con otra fuerza, bottom up (de abajo hacia arriba) construida con el poder local gracias a la injerencia que tienen, sobre ese nivel, donde se

encuentran los destinatarios del programa. Estas tensiones entre perspectivas de actores, podríamos decir que se tensan en una interacción lineal, no recursiva ni interdependiente, no se describen acciones deliberativas instituyentes de lo nuevo y posible por construir. No se describen acciones que surjan de encontrar la manera de sumar el aporte de ambas fuerzas, a partir del carácter móvil que le imprimen las afinidades y las diferencias irreconciliables de las entidades que llevan esas fuerzas, ampliando nuestra capacidad de acción con las complejas dinámicas “del nosotros” (Pérez Royo et al., 2016).

Esas acciones serían producto (emergencia) de ese campo de fuerzas, donde una no domina a las demás. Pero, ¿por qué esto que es tan obvio, que se enuncia y se lee en los documentos rectores cuesta operacionalizar y finalmente se descrea de sus posibilidades de ocurrencia? ¿Qué condiciona que ese poder asociativo no se exprese? Según Castillejo (2021), es claro que no es suficiente con la intención moral del diálogo y la negociación. Al frente quedan los funcionarios, los procesos legales, la administración pública, otras formas de refrendo, las fisuras sociales, los enemigos del proceso, las impunidades por ocultar, las carreras políticas por hacer y deshacer. *“Por más que el paquete de medidas transicionales opere como una «tecnología» vernaculizada, sus instituciones son presa de sus momentos históricos, de sus embates, inevitablemente. De todo ese embrollo de intereses, de limitaciones y de prospectos de lo posible, se hace lo que se pueda, literalmente. Lo que llamamos lo realizable es un arreglo de complejidades cotidianas”* (Castillejo, 2021, p. 4).

En su libro “Componer el plural: escena, cuerpo y política”, Pérez Royo describe *“una coreografía del nosotros”* para meter a los problemas en una toma horizontal de decisiones, en el difícil equilibrio entre la institución y el cambio; con la propuesta de estados de encuentro radicales y de apertura a la alteridad y a la aventura; *“en definitiva, con la necesidad de ensayar nuevas formas de democracia y de recuperar al menos parte del espacio público y político perdidos”* (Pérez Royo et al., 2016, p. 10).

Parecería que resolver constructivamente esta tensión empieza a encontrarse en la literatura como “dispositivos tecnológicos sociales transicionales”, vernaculares, propios y nativos, que se requieren ir construyendo en el proceso (Castillejo, 2021). Chiara (2005) menciona el Régimen Local de Implementación de una política pública, como el dispositivo que pretende “*conjugan ambas aproximaciones*” (top down y bottom up) mediante estrategias que traería la política pública para “*mover el entramado de poder*” (Chiara & Di Virgilio, 2005).

En este sentido, la comprensión de un poder consensual, que permite el control colectivo, viene evolucionando. Arendt, por ejemplo, acuñó el término *poder con* a la capacidad de actuar con los demás por el bien común (Arendt, 1970). Starhawk presentó los conceptos de *poder desde dentro* (capacidad personal e integridad espiritual) y *poder entre iguales* como formas de resistencia a la dominación del *poder sobre* (Starhawk, 1987). Estas formas de poder emancipatorio se han combinado en un modelo tripartito que abarca el “poder interno, el poder con y poder para” (Allen, 2022). Si bien se mide aplicado a nivel individual ha sido aplicado en estudios de empoderamiento de la mujer y más recientemente, al desarrollo comunitario basado en activos (Mathie et al., 2017).

Muy brevemente, el poder constitutivo, nos dice Foucault (1998): “*«viene de todas partes» porque opera a través de discursos sociales y sistemas de conocimiento*” (Foucault, 1998, p. 93) produce realidad social y sujetos sociales al otorgar significados a las identidades sociales y al definir qué acción social es posible para ellos dado que “*los humanos no son solo los objetivos previstos del poder, sino también su efecto*” (Foucault, 1971, p. 170). De esta manera, Labone (1994) propone un modelo dual de poder que se observa en la promoción de la salud/salud pública y argumenta que los procesos de empoderamiento de la comunidad implican “*una danza dialéctica, de poder dado y tomado a la vez*” (Labonte, 1994). Ambas formas, tanto la dimensión horizontal de la construcción de comunidad como los esfuerzos verticales de organización comunitaria, son requeridas

para desafiar las condiciones estructurales del *poder sobre* (Wallerstein, 2002).

VI. A modo de cierre del capítulo

A modo de resumen, los elementos principales abordados de los sistemas complejos para poner en diálogo con el análisis de los condicionantes de la participación ciudadana en salud, nos llevó gran parte de la preparación de la tesis porque nos requirió encontrar autores de las ciencias sociales que metodológicamente nos permitiesen expresar el material empírico bajo una conceptualización sistémica. De esta manera, entendemos como necesario que gran parte de esta tesis se encuentre centrada en lo teórico-metodológico; lo que nos permitió, que a lo largo de los capítulos 2 y 3, podamos animarnos finalmente, a observar en el material empírico la forma epistémica que aquí nos propusimos.

Los autores de las ciencias sociales, sobre los que nos inspiramos por sentirnos en sintonía, pertenecen a diferentes corrientes teóricas, o campos que hemos necesitado yuxtaponer a los conceptos de la complejidad, tarea realizada en gran parte por analogía, cuando no estaba realizada por los propios autores.

En relación a los aportes epistemológicos de uno de los sociólogos más reconocidos en sistemas sociales, Nicolas Luhmann, creemos que los mismos nos permitieron avanzar en la propia construcción teórica: *“si ahora el mundo puede describirse de modo únicamente policontextual; si los mismos medios de descripción de la ciencia determinan, como los del arte, lo que puede volverse visible (e invisible) mediante ellos mismos, entonces precisamente ahora puede permitirse la insistencia en la precisión y conciencia elaborada de la propia construcción teórica”* (Corsi et al., 1996); y frente a las vacilaciones que tuvimos en si realizar o no una construcción teórica-metodológica como la que diseñamos, Luhmann refiere en su obra *“es necesario poner atención en lograr la transparencia de los instrumentos de descripción y la construcción de la teoría, de manera que otros puedan observar cómo se ve el mundo cuando se le observa de ese*

modo” (Corsi et al., 1996). Así, creemos que en la arquitectura teórica que proponemos, seguimos su sugerencia de haber armado un modo heterárquico más que jerárquico, con aportes interdisciplinarios conectados de modo reticular (teoría de los sistemas, cibernética de la forma, epistemología biológica, entre otras) y comprendemos que dicho modo, nos requirió un gran nivel de abstracción conceptual. También para este capítulo, teniendo en cuenta lo experiencial que fue el campo donde se llevó esta tesis, consideramos que aplicamos lo que Luhmann (1996) remarcó: *“una continua articulación interna de la teoría, que en la multiplicación de los conceptos afina y reelabora los conceptos que se encuentran en el punto de partida. Esta circularidad de la construcción se explica y se justifica al interior de la teoría y constituye uno de los motivos de su potencia; sin embargo, al mismo tiempo hace extremadamente difícil una aproximación inicial a sus categorías ya que para dominar una de ellas sería necesario conocer todas las demás las cuales a su vez requieren el conocimiento de la partida y el carrusel infinito de referencias”* (Corsi et al., 1996). En este sentido, a las categorías que definió Samaja (2004) y que ordenamos con aportes de la teoría general de sistemas en la **Tabla 3.1**, creemos que en ese carrusel infinito de referencias podemos agregar al análisis estratigráfico expresados en esa tabla, nuevas columnas, integrando el tipo de fuerza que domina en cada nivel y la forma (rígida, dinámica o disipatoria) que posee ese nivel del sistema social así como el tipo de participación que las reglas de cada nivel determinan.

Sin embargo, en relación a la teoría de Luhmann, no la hemos incluido en nuestra arquitectura teórica; Luhmann le atribuye a la comunicación un lugar central, como fuerza que antecede la forma, es decir las relaciones sociales (formas) serían la consecuencia de la información en tanto fuerza que las determina (“la función hace al órgano y no al revés”)⁷⁶ y considera a las personas *usuarios* de dicho sistema social y no partes o actores (Luhmann, 1998). Esto es una diferencia importante con otros autores que nos influyeron, que consideran las personas “dentro” del sistema

⁷⁶ hoy podemos considerarla muy atinada frente a la evolución de la inteligencia artificial

interactuando en un nivel de complejidad menor desde donde emerge un nivel más complejo: los sistemas educativos, de salud, jurídicos, políticos, etc.; Luhmann considera a las personas pertenecientes al entorno donde ocurren los sistemas sociales, y relaciona entorno-sistema social mediante lo que él “acoplamiento estructural” (lo que en otros enfoques es la recursividad entre niveles que se influyen mediante propiedades emergentes). En ese acoplamiento, los usuarios (que no son actores del sistema) reciben y comunican las reglas creadas históricamente por los niveles más complejos del sistema (por ej. las reglas del sistema educativo se comunican por el personal de la institución escuela, personal que no construye el “sistema educativo”) (Luhmann, 1998). Su enfoque de sistemas sociales, a nuestro criterio, no nos permite explicar la interdependencia entre niveles (contexto, metacontexto y acciones) que analizamos en esta tesis, al no considerar el poder de agencia de los actores que sí está presente en otros autores que consideramos sistémicos. (Goffman & Rodríguez, 2006; Keeney, 1979; Samaja, 2004b; Wolf, 1979).

Por lo anterior, luego de una exhaustiva lectura de Luhmann, hemos dejado en este apartado de conclusiones un breve diálogo con su obra justificando no referenciar el análisis que realizamos en las escenas a sus conceptos, por no considerar a las personas como actuantes del sistema.

Finalmente, concluimos que para que se pueden pensar y crear dispositivos transicionales, antes es necesario que quienes abordan las políticas públicas comulguen con la concepción sistémica de poder aquí exployada, y para llegar a eso, a modo de puente que invite a “deponer” el formato de poder como protección y pasar a uno como cuidado compartimos el texto de Royo (2016):

“La expresión «componer el plural» implica dos fuerzas contrapuestas: una centrípeta y otra centrífuga. La primera denotada por el verbo «componer» (colocar junto a, unir, reunir) y la segunda sugerida por la presencia de «plural» (lo distinto, lo múltiple, lo divergente). Entre estas dos fuerzas, de reunión y de dispersión, de cristalización y de disolución, es donde se sitúa el nosotros: en una situación móvil, cambiante, procesual y dinámica. El

plural en principio es sólo cuestión de número, no de consenso. Hablamos del plural cuando nos referimos a dos o más entidades singulares, no en relación al tipo de coexistencia que se desarrolle entre ellas. El plural se genera a partir de elementos que se pueden agrupar, pero sin necesidad de establecer una equivalencia entre ellos, sin que sus posiciones tengan que ser intercambiables. En el plural no interesa tanto la fusión de las entidades, como el reconocimiento de las diferencias que hay entre ellas. El nosotros que el plural fabrica, no se entiende a partir de la suma de individuos, ni en su vertiente más reducida (tú + yo), ni en su vertiente más amplia (yo + tú + tú +tú+ n), sino a partir del carácter móvil que le imprimen las afinidades y las diferencias irreconciliables de las entidades que lo componen” (Pérez Royo et al., 2016).

Capítulo 4. Condicionantes de la dimensión estructural de la participación ciudadana en salud: Historicidad del proceso de su institucionalización.

"Para ayudarnos a entender que no tenemos historia sino que somos historia"

Ricardo Muir
Dinámica Mesa de Café
Red AMBA - 21/09/18

Introducción

En este capítulo, nos proponemos estudiar el caso en su historicidad. Como dijimos en el capítulo anterior dentro de los principios y supuestos intervinientes en la teoría de sistemas, es necesario describir la temporalidad (devenir) de los procesos que van dando indicios a la forma que está en construcción bajo las condiciones que operan en el sistema. Como ya expresamos, lo que vemos en esa forma implica un proceso de complejidad creciente y de autoorganización a lo largo del tiempo (Prigongine, 1983).

De esta manera queremos describir *“la historia, entendida como la presencia del pasado en lo actual, en los ciclos reproductivos de los niveles anteriores por medio de los cuales se mantiene lo ya existente”* (Samaja, 2016). Así los procesos histórico-políticos que antecedieron al caso son considerados *condiciones de posibilidad* de que la Red Pública de Salud AMBA se haya materializado o no, en una forma.

A partir del análisis de las escenas seleccionadas de momentos participativos durante los procesos de capacitación de la *Red AMBA*, que se muestran en las tablas del capítulo 2, intentaremos aportar algunas características de las experiencias previas a la *Red AMBA* en la participación en salud, a través de las narrativas y actuaciones de los actores que intervinieron en algunas de las políticas públicas que antecedieron en el AMBA.

Como vimos en capítulos anteriores, para conocer, a través de las interacciones de los actores de las escenas seleccionadas para este capítulo,

los condicionantes de la participación en salud que estaban presentes en algunas de las políticas públicas llevadas a cabo en atención primaria que influyeron en la *Red AMBA*, utilizaremos el análisis de los marcos de la experiencia (Frame Analysis) de Goffman (2006) (Goffman & Rodríguez, 2006). Dicho enfoque nos permite entender el contexto en el que se definían las situaciones vividas en las escenas del capítulo y relacionar las interacciones que ocurrían con el marco que las encuadra, lo que permite observar cómo los actores reproducen o modifican el ordenamiento social que definimos según Samaja en el capítulo anterior (Samaja, 2004a).

Utilizamos la perspectiva dramaturgica, que es una forma de organizar los hechos y sistematizar la información que percibimos en una matriz de datos que da cuenta de que el objeto de estudio es un sistema, donde la interacción posee sus mecanismos autorregulatorios que mantienen el orden del sistema pero que a la vez es dónde ocurren las disrupciones que habilitan nuevas formas (Galindo, 2015). Es por eso que, a partir de las interacciones que se ponen de manifiesto en las escenas seleccionadas, entre los actores que participaron en políticas públicas de salud que antecedieron la *Red AMBA* (Programa ATAMDOS y PMC)⁷⁷ y actores responsables de la implementación de la *Red AMBA*, determinamos las variables de la matriz de análisis que nos permitieron describir lo que hemos llamado **dimensión estructural del sistema para la participación**. Mediante el análisis de marcos nos fue posible también observar que los actores no sólo sostenían las estructuras de la sociedad civil, sino que también eran capaces de modificarlas con su agencia reflexiva (Chihu Amparán, 2018).

Las escenas elegidas transcurren en tres jornadas de capacitación del equipo de facilitación de la *Red AMBA*. En cada jornada se planificó una dinámica en dos pasos: por un lado una “línea de tiempo” donde todos los participantes fueron invitados a escribir, en un papel afiche de 6 metros ubicado en una de las paredes, los hitos que conocían y/o fueron partícipes de la salud pública argentina a lo largo de la historia y también ubicar los hitos de sus propias vidas; por otro lado se realizó una “mesa de café” con

⁷⁷ Ver capítulo 1, antecedentes de la participación ciudadana.

exfuncionarios de programas de salud llevados a cabo en el área metropolitana de Buenos Aires en los últimos 40 años, invitados a un diálogo, moderado por un asesor de la *Red AMBA*⁷⁸, sobre sus experiencias en relación a implementar la participación ciudadana en las políticas públicas previas, donde intervinieron como funcionarios.

También, las interacciones de las escenas se analizaron como ámbito de agencia, es decir como generadoras de lo nuevo, utilizando el concepto goffmaniano de “distancia del rol”⁷⁹, la reflexión conjunta durante la mesa de café permitió observar críticamente el rol llevado a cabo durante sus experiencias. Estos aportes nos permitieron describir, en un apartado del capítulo, las categorías definidas en esa reflexión colectiva para la posibilidad de construir alternativas futuras, desde un posicionamiento técnico-político de esta tesis que, como refiere Rubio, “*se presenta como una consecuencia de la inscripción activa del sujeto en el mundo, por la cual se ubica en su presente desde una perspectiva histórica y política*” (Rubio, 2012).

Si los funcionarios públicos son quienes deben implementar los programas con participación de los ciudadanos y consideramos a la política pública “*una actividad sociocultural (regida por leyes) profundamente inmersa en los procesos sociales cotidianos, en los ‘mundos de sentido’ humanistas, en los protocolos lingüísticos y en las prácticas culturales que crean y sostienen esos mundos*” (Shore, 2010), nos interesa entender qué condiciona esa actividad sociocultural y para esto, como explicamos en los capítulos anteriores, nos interesa entonces conceptualizar sobre los condicionantes de la participación ciudadana en la forma en que aparece en las interacciones de los funcionarios de las escenas seleccionadas y analizar, en este capítulo, cómo en ellas se expresaron los devenires del sistema (condicionantes históricos).

Especialmente reforzamos el valor de las escenas y la matriz de Keeney como metodología, porque creemos que permiten entender la totalidad del

⁷⁸ Del Programa de Planificación Participativa y Gestión Asociada, FLACSO

⁷⁹ Ver capítulo 2, apartado II.a

sistema —su sentido de conjunto—, “intuir hacia dónde va” el sistema y dando así lugar a que “*el fenómeno se nos revela*” y tal vez podamos contribuir en su direccionamiento (Rubio 2012). En palabras de Kaplan (2005):

“El fenómeno se revela, no se lo explica mediante reducciones sino que al comprenderlo estamos permitiendo que se exprese su totalidad esencial. Por eso es importante el uso de la historia, de la narrativa, de la exploración imaginativa. Para caracterizar el fenómeno en discusión, para posibilitar que su carácter salga a la luz, es necesaria una observación detallada, desde adentro, prestando atención y siendo receptivos, imaginando el uso de la metáfora, del símbolo, de la imagen y del mito pues lo invisible habla por medio de esas cosas para ser visible”(Kaplan, 2005, p. 34).

Esta metodología, creemos que nos permitió aprehender el fenómeno de una manera más holística, gracias a considerar válidas esas otras formas de conocimiento que Samaja (2018) reivindica. Además del método científico, que según él, responde al ámbito de las sociedades civiles en búsqueda de la innovación vinculada a la industria y es llevado a cabo por sujetos tecno-económicos, nos reposiciona el conocimiento vinculado con las distintas praxis sociales: las tradiciones y los ritos con la vida comunal, la intuición y la percepción con la vida corporal y la reflexión y el debate con la vida transcomunal (el ámbito del Estado). (Samaja, 2018)

Para una mejor comprensión del fenómeno que observamos, estructuramos este capítulo con los siguientes apartados: **I. Descripción general de las escenas** donde reponemos y aplicamos los conceptos goffmanianos descritos en capítulos anteriores, **II. Dimensión Estructural del Sistema para la Participación Ciudadana en Salud**, dónde de los diálogos en las mesas de café, se agrupan los conceptos que más se repitieron para caracterizar cómo es “*la estrategia*” [término nativo referido por los actores para referirse a la fuerza de las partes que mantienen el equilibrio sistémico]

que aparece como válida, podríamos decir que para ellos sería la “verdadera” participación ciudadana, aunque no fuera reconocida ni instalada, según los diálogos de los propios actores. **III. Análisis coreográfico y metacontexto: Roles del equipo de salud, las fuerzas que reproducen y tipos de participación que habilitan dichos roles.**

En esta tercera parte, de la reflexión lograda por la facilitación de la mesa de café, la distancia del rol de los funcionarios permitió ver los condicionantes sobre los profesionales de salud, lo que nos permitió deducir roles, procesos y estructuras del encuadramiento para una gesta participativa y describir distintos tipos de participación que se reproducen según el rol del profesional de salud; tipos de participación propuestos por las fuerzas globales: participación materialista y/o humanitaria caritativa y por las fuerzas estatales: participación generativa y transformativa. Para comprender los condicionantes y atributos de esta forma, el último apartado versa sobre **IV. Análisis del marco de las experiencias de los actores para la comprensión del contexto: Tensión global-local**, donde mediante el análisis del marco de las experiencias de los actores describimos la tensión de las fuerzas presentes en los recorridos de los funcionarios: La tensión global-local entre la fuerza de mercado en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la fuerza de igualdad en la identidad latinoamericana; las estrategias que usa la fuerza de mercado; el rol del equipo de salud para reproducir o resistir la fuerza del mercado y la propuesta de ATAMDOS que sigue viva en el presente. La mesa de café brinda información sobre algunos **V. Obstáculos a la PCS**. Por último el apartado de **VI. conclusiones** con los aportes encontrados sobre la presencia de fuerzas estatales en el campo, interviniendo los vínculos sociales con propiedades y atributos participativos, en tensión con las fuerzas gregarias y globales. El valor de conocer las condiciones que desplazarían la violencia estructural, por permitir el conflicto/consenso, que como venimos describiendo es desde donde surge la energía necesaria para que un sistema aprenda y persista.

I. Descripción general de las escenas - La acción simple

I.a Contexto de la escena

Las escenas seleccionadas para este capítulo son momentos participativos de la vida cotidiana del programa y referimos al lector a la **Tabla 2.6** del capítulo 2, donde compartimos parte de la línea de tiempo de la *Red AMBA* en relación a las capacitaciones del equipo del programa.

Las capacitaciones se basaban en el aprendizaje del piloto (reflejado en el manual del facilitador)⁸⁰ y en la reflexión de cada ciclo de implementación, por lo que el programa se iba reformulando sobre la praxis.⁸¹ Una de las características del proceso de capacitación de los equipos de facilitación era que los “nuevos” recibían los aprendizajes de los equipos más avanzados, y cada equipo facilitador de cada municipio adaptaba a su territorio el manual del facilitador, de esta manera la versión del rol de facilitador se iba mejorando y compartiendo con cada grupo de municipios que ingresaba.

Así, para cuando se planificó el primer encuentro de capacitación del grupo 3 (septiembre 2018) el programa había recogido en la experiencia inicial de la implementación, las historias vivas locales sobre ATAMDOS y Médicos Comunitarios. Dicha capacitación se diseñó invitando a personas que habían sido partícipes de esas políticas para recuperar el marco histórico-político de encuadramiento de la *Red AMBA* y reflexionar la práctica de los facilitadores en sus acompañamientos en terreno.

Esta jornada de capacitación, fue necesaria repetirla a la semana, a pedido de los equipos de *facimples* de los grupos 1 y 2, que por ser los primeros y haber sido parte de la curva de aprendizaje de la implementación, no habían recibido dicho marco. De esta manera, son tres capacitaciones seleccionadas como momentos participativos de la *Red AMBA* para el análisis de las interacciones entre los actores que implementaban la *Red AMBA* y actores

⁸⁰ Link en Anexos

⁸¹ Para abril 2018, se incorporó Ricardo Muir del área de Planificación Participativa y Gestión Asociada de Flacso quien lideró los encuentros reflexivos del aprendizaje durante la construcción e implementación de la *Red AMBA*. <https://www.flacso.org.ar/noticias/iicsal-en-la-red-publica-de-salud-amba/>

invitados por haber participado en políticas previas que se consideraban de valor en el aprendizaje de la implementación de la participación ciudadana en salud.

I.b Escenografías y funciones

La planificación para conocer el marco histórico-político de la *Red AMBA* fue empezar con una línea de tiempo de la historia de la salud en Argentina, donde se incluían los nombres de las personas y los hitos significativos, tanto de la vida de los participantes como de los programas de salud de la historia. A continuación, se seguía con una dinámica de mesa de café, con invitados que habían sido funcionarios de políticas de atención primaria para la salud. El objetivo era compartir en primera persona los aprendizajes, errores y recomendaciones a la *Red AMBA*, para que esta Red pudiera aportar a la construcción de la participación y garantizar los derechos a la salud. Las fotos de las escenas se muestran en las figuras de este capítulo y en los links del Anexo.

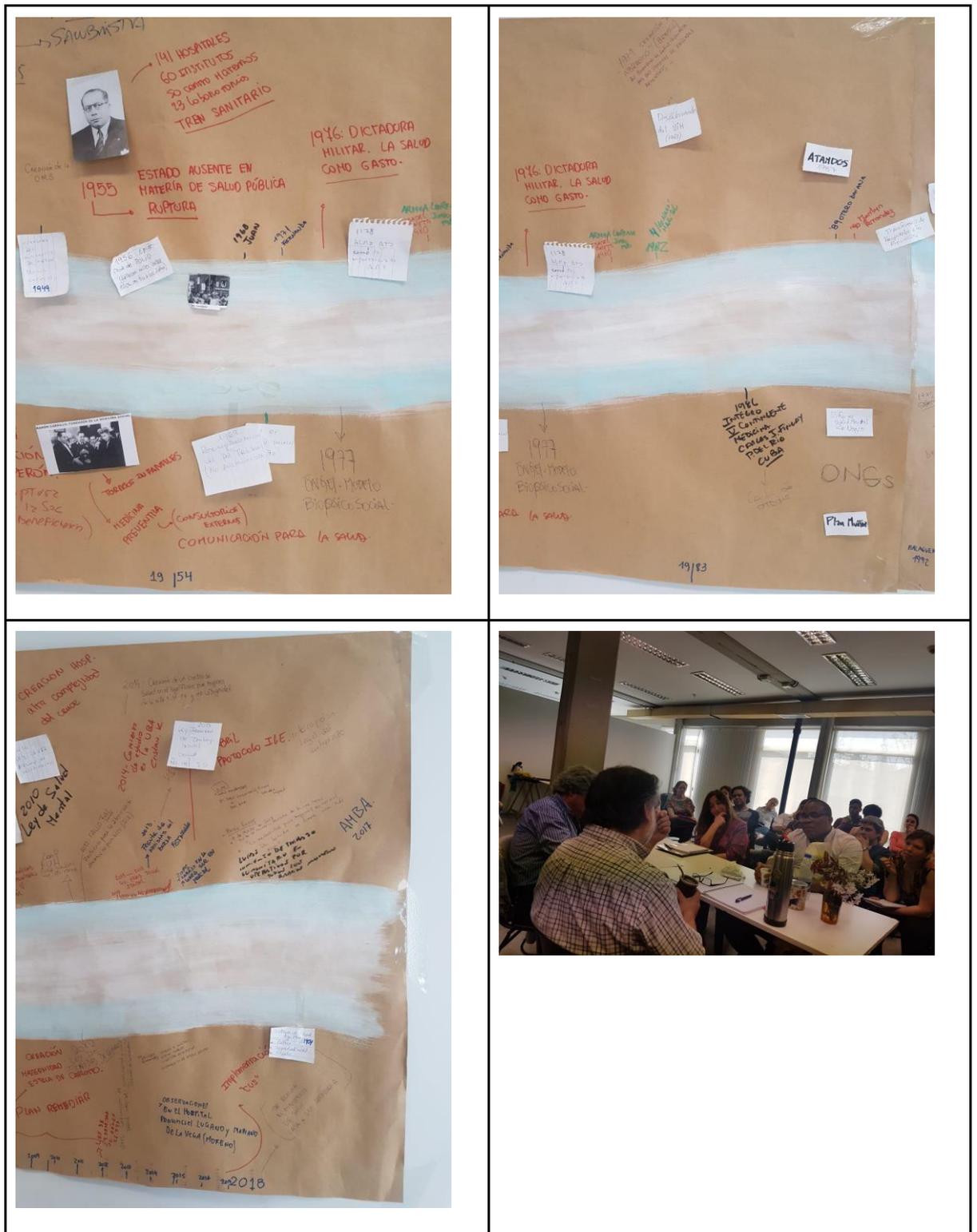
Los encuentros se llevaron a cabo en el Centro Metropolitano de Diseño de la Ciudad de Buenos Aires, en un aula con sillas móviles para 60 personas ubicadas en una ronda con dos filas alrededor de una mesa donde ocurría el diálogo entre los invitados⁸². En la **Figura 4.1** y en el siguiente recorte se da cuenta del escenario:

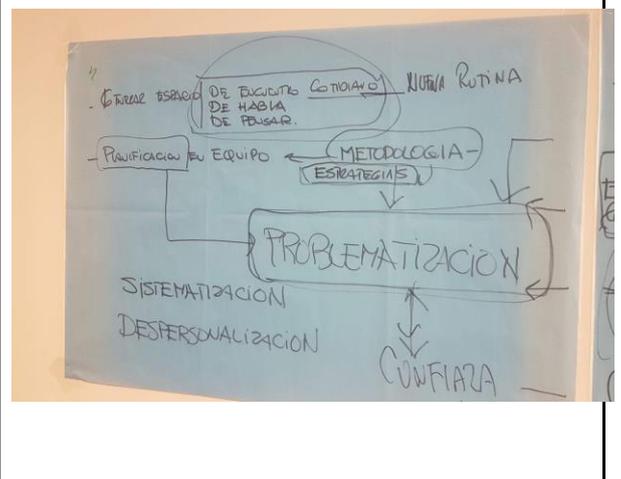
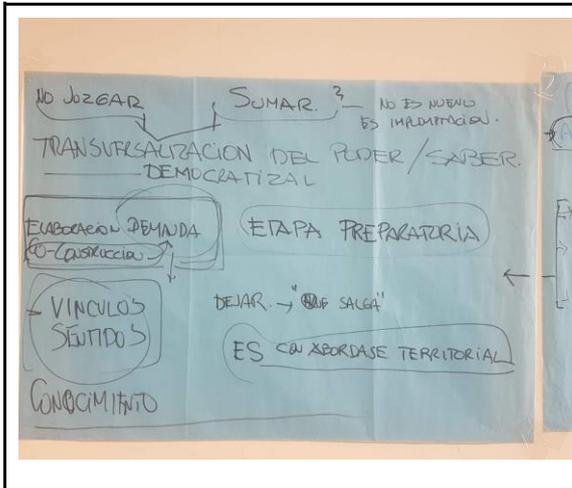
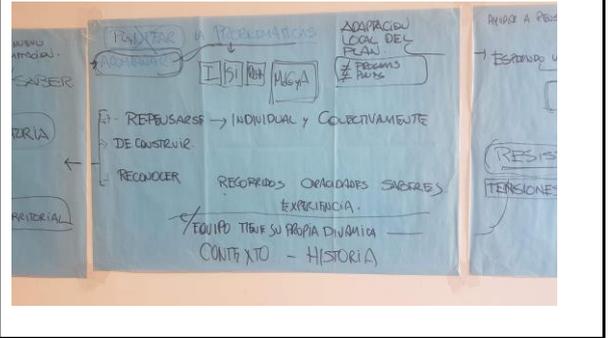
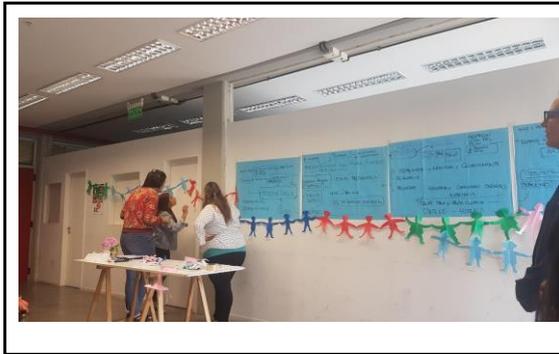
“El CMD es un lugar muy amplio, el aula que nos asignaron para la capacitación es luminosa y amplia con un mobiliario móvil que invita a que el encuentro pueda ser creado según nuestra planificación. Llegamos con Pia, Zule, Ricardo, Tomás, Cata, Ana María, Niza y Agos con tiempo para armar la sala, colocamos los afiches en la pared, agrupamos las sillas en seis grupos concéntricos para el diálogo que la consigna de la línea de tiempo genere. Dejamos en cada grupo, marcadores, fotos de momentos

⁸² Las escenas elegidas para este capítulo se encuentran en https://sites.google.com/d/1gwzCIJXPoBd-JQ5XT5BwzYFYDE_diiF4/p/1q0NvUeloIVCUrA3VQ-OGigZW_nDOe5D2/edit

históricos, papel y cinta para pegar. Circula el mate, la mesa de cosas dulces se va armando en un costado. Repasamos las consignas y Pia pregunta -¿qué pasa si nadie participa?, - ponemos el power point que armamos”, risas.” (del registro de campo de la coordinadora transversal)

Figura 4.1. Fotos de las dinámicas de línea de tiempo





Como mencionamos, cada una de las tres jornadas de capacitación al equipo de facilitadores fue planificada con las siguientes dinámicas:

- Línea de tiempo. Dinámica que construye colectivamente la historicidad de AMBA a partir de escribir en papel afiche los programas de salud pública, los hitos histórico-políticos que influyeron en la salud seguido de una puesta en común con un proceso reflexivo de los aprendizajes, tensiones y característica⁸³
- Mesa de café. Dinámica de guía de preguntas por parte de un coordinador que invita al diálogo entre los actores presentes: los actores habían sido funcionarios del programa Atamdos (1987), del Programa Médicos Comunitarios (2004) y del programa de Atención Primaria Cubana.

⁸³ La línea de tiempo fue coordinada por Tomás Balaña y Ricardo Muir.

Las dinámicas corresponden a dos actos de las escenas⁸⁴, donde cambian los roles de los actores y las formas propuestas de relacionarse según la consigna comentada para cada dinámica.

I.c La audiencia presente en las escenas

El equipo de facilitación del Modelo de Gestión y Atención de cada municipio variaba según la cantidad de CAPS a acompañar, en la **Tabla 4.1**, se muestra a modo de ejemplo, la conformación del equipo del grupo 3. Los facilitadores eran principalmente estudiantes o profesionales de trabajo social, sociología, antropología, historia, psicología, enfermería y medicina al igual que los ayudantes de coordinación que contaban con más edad y experiencia en territorios, habiendo coordinado programas como Envión, Programa de fortalecimiento del capital social y humano del PROMEBA III, Coordinación Nacional de Políticas Sociales, SIEMPRO-SISFAM o liderado experiencias territoriales de ONG entre otros programas y acciones.

Tabla 4.1: Conformación del equipo de trabajo de la *Red AMBA* en los municipios del Grupo 3

	Pilar	Brandsen	Marcos Paz	Lomas	total
Coordinador	1	1	1	1	4
ayudantes de coordinación	3	1	1	3	8
facilitadores Mogya	12	4	4	12	32
Técnico SIS	1	1	1	1	4
Implementadores SIS	15	6	5	15	41
Total					89

⁸⁴ Los actos de una escena, los define Goffman como los momentos en donde los actores cambian de roles y actuaciones.

I.d Reglas de interacción en las escenas

La participación durante la capacitación se realizó primero en pequeños grupos que se ubicaban por municipios donde las consignas para armar la línea de tiempo eran enunciadas por el coordinador o ayudante de coordinación del municipio. Luego de un diálogo situado en la información que se compartía sobre el municipio (un resumen de la historia de la APS local) se invitaba a contextualizar la política del municipio en la de la provincia de Buenos Aires, en la nacional y en el contexto internacional y posteriormente a integrar la información en los afiches comunes, finalmente se elegía un orador por grupo para la puesta en común.

Esa dinámica permitía construir el contexto histórico global y local al trabajo del facilitador en el territorio y en los centros de salud que iba a acompañar y daba el marco a la siguiente dinámica. La mesa de café se proponía como una forma de transmitir la experiencia vivida por quienes antecedieron los intentos de institucionalizar la participación ciudadana en salud. Entre ambas dinámicas tenía lugar un receso con desayuno y la sala se organizaba armando las sillas alrededor de la mesa de café para recibir a los actores invitados.

En la **Tabla 4.2** describimos los participantes en cada mesa de café. La interacción en cada mesa era facilitada con una guía inicial de preguntas del moderador pero luego el diálogo entre los participantes tomaba rumbo propio y al final los facilitadores incluían sus preguntas.

Tabla 4.2. Resumen de las escenas: Lugar, tiempo y actores.

<p>Escena 1: <i>"para ayudarnos a entender que no tenemos historia sino que somos historia"</i> (Ricardo Muir, 21/09/18)</p> <p>Integrantes: Grupo de <i>facimples</i> del grupo 3 de municipios (Tabla 4.1)</p> <p>coordinadores generales: Ricardo Muir, Silvana Figar</p> <p>coordinadora del diálogo: Marta Cerutti</p> <p>invitada a contar a través de su trayectoria la historia de Atamdos: Marta Santore</p> <p>invitados a contar en su trayectoria la historia del PMC: M. A. y J. V. y en su trayectoria en APS en Cuba: J.V.</p>	<p>Escena 2: <i>"Lecciones aprendidas en la historia de la APS en Buenos Aires: la rutina se come la estrategia"</i> (Lic. Navarro Silvina, 28/09/18).</p> <p>Integrantes: Grupo de <i>facimples</i> del grupos 4</p> <p>coordinadores generales: Ricardo Muir, Silvana Figar</p> <p>coordinadora del diálogo: Ricardo Muir</p> <p>invitada a contar a través de su trayectoria la historia de Atamdos: Silvina Navarro,</p> <p>invitados a contar en su trayectoria la historia del PMC: M. A. y . V. y en su trayectoria en APS en Cuba: J.V.</p>
<p>Escena 3: <i>"En los 90 dominaban los Master, no alcanzaba con la experiencia militante en la salud pública"</i> (A B., 10/10/18)</p> <p>Integrantes de la mesa: Grupo de facilitadores del grupo 1 y 2 de municipios AMBA (S. Miguel, Morón, Quilmes, Lanus y Ezeiza, Tres de Febrero y Al. Brown)</p>	<p>coordinadora del diálogo: Ricardo Muir</p> <p>Trayectoria la historia de Atamdos: Maria Teresa Pachoni y AB, invitados a contar en su trayectoria la historia de Médicos comunitarios y su formación en CUBA: J. V. Equipo <i>facimples</i>: 40 personas</p>

II. Dimensión *Estructural* del Sistema para la Participación Ciudadana en Salud.

Veamos a continuación los atributos que habitan en el proceso histórico para la estructuración de una forma de participación, para lo que los actores mencionan como *"esa estrategia"*, que parecería no haber sido consolidada en la historia, tal vez por que ha estado desplazada del lugar donde ocurre lo relacional, por la violencia.

Para poder sostener que la participación desplazaría la violencia describimos las características del proceso; proceso que a la vez, depende de la presencia en el campo de fuerzas estatales gobernando los vínculos sociales en una temporalidad extensa.

Consideramos que las características que describen los actores corresponderían a las de una participación ciudadana *genuina*, en tanto estrategia que vincula y reconstruye el lazo social como malla que evita la dominancia del sistema por una de las partes.

Entendemos que es necesario recuperar y describir esos atributos, para contemplar sus indicios presentes en el caso de estudio y para visibilizarlos para futuras intervenciones. Así, en el análisis pudimos categorizar los atributos y propiedades representativos de la presencia en el campo de fuerzas del nivel de sociedades estatales (**Figura 3.1**) gobernando los vínculos sociales. De los diálogos en las mesas de café los conceptos que más se repitieron fueron: “*Se vincula con escucha*”, “*Confiando en el sentido de las propias acciones*”, “*Reconociendo los saberes*”, “*Mediante instituciones flexibles*”, “*Participar es vincular, es integrar*”; en diálogo con lo instituido y lo instituyente, con procesos participativos institucionales largos para los cambios estructurales y participar requiere construir “categorías puentes” entre las personas.

II.a Atributos necesarios para la participación ciudadana en salud

El lugar a la escucha como herramienta para sentir la trama

En un pasaje de su experiencia con pueblos originarios, Marta nos comparte que un conocimiento se transforma en saber si media la escucha y se reconoce en ese saber la pertenencia *a una historia cultural*:

“Aprendí a escuchar todos los temas y toda la gente sabe, el conocimiento no es el saber, con todo el respeto por lo que significa el conocimiento científico, pero para que se transforme en un saber y que sea eficaz, hay que escuchar a la gente, porque la gente pertenece siempre a una historia cultural.” (M.S.)

Estar dispuesto a escuchar, la pregunta abierta, es una intervención que se aplica en Cuba y que invita a participar, a enlazarse con el sistema de servicios de salud.

“Entonces nosotros en intervención comunitaria tú ibas y te podía llevar todo un día, porque tú no ibas con nada programado. Tú llegabas a un barrio y decías -¿De qué quieren hablar?” (J.V.)

En ATAMDOS, también la escucha era una actividad específicamente programada:

Por ejemplo en estos programas había actividades donde con la comunidad específicamente se escucharan las necesidades, que podían decir las o que no, me ha tocado trabajar en actividades comunitarias en donde pudieron surgir deseos de la comunidad que no los habían verbalizado y si me preguntas si apuntábamos a eso, sí, sí claro. (M.S.). -¿Se lograba? -En general se necesita bastante tiempo.

En esa cita surge la escucha a la demanda de necesidades, pero también a deseos no verbalizados, ambas caras como parte de un proceso iniciado en la escucha, cuya respuesta es alcanzable en un largo período de tiempo que sostenga el proceso.

En la experiencia cubana, el concepto que se enuncia es “la pregunta que abre” en referencia al equipo en territorio interactuando y vinculándose desde la escucha:

“La población sabe que el médico no hace su función solo en el consultorio. El médico, la enfermera, el equipo completo, el médico está en terreno, es más, la actividad de terreno es la actividad que más se convalida. Entonces cuando vas a intervención comunitaria tú no marcas la intervención, tú vas a abrir” (J.V.)

En la mesa de café, se hace referencia a que las intervenciones comunitarias del programa médicos comunitarios, eran de una planificación más ordenada y dirigida. Según la siguiente cita, uno de los gestores del PMC reconoce reflexiva y retrospectivamente la necesidad de una actitud de mayor escucha, en contraposición con el esquema de planificación más estructurado con el que habían implementado el programa:

“En la metodología de la intervención comunitaria, creo que en eso nos equivocamos muchísimo, ¿en qué sentido?, vieron que acá (por Argentina) tu diseñas una intervención comunitaria y vas con la intervención prediseñada y la gente es posible que ni le importe, ni sabe.” (J.V.)

Confiando en el sentido de las propias acciones

En las mesas de café, a diferencia de necesitar ver los resultados para creer, se propone confiar en el proceso que está subyaciendo en la construcción de “esa estrategia”.

“¿Cómo consideran ustedes que van a ser los principales desafíos que tenemos en la propuesta de AMBA y la red de Salud Pública desde su perspectiva, desde su trayectoria?” (preguntas de una facilitadora AMBA)
“confiar que más allá de los gobernantes, las semillas que se establecen en los seres humanos y sus culturas, sus comunidades siempre valen. ¿Estamos de acuerdo en eso? Esa es la parte optimista.” (Marta Santore)

El simbolismo de la semilla es algo que vuelve a expresar M.S. en varios pasajes del diálogo, y es expresión de que en tanto existe un vínculo que se logra, a nivel micro, cultural, se genera optimismo. Una forma por donde empezar a intervenir la desesperanza.

El concepto de proceso antes que de resultado expresado en la semilla, evoca al pasaje transicional hacia un por-venir de Castillejo (Castillejo, 2021), hacia un mundo posible donde se alcanzaría esa esperanza que hoy no se tiene, pero que está en la trama de “los seres humanos, sus culturas y comunidades”, es intangible e inmanente. Por eso en esta estrategia se invita a confiar, no en alguien que nos sabe y cuida (que sería en la lógica de un individuo gentilicio, patriarcal) sino en la trama porque se la nutre con semillas, es un dar desinteresado del beneficio individual, orientado a los derechos que se alcanzan nutriendo la ciudadanía. Y no se espera un producto para el beneficio transaccional de un individuo societal.

Reconociéndose como parte de la trama

“es muy interesante lo que planteaste como capacitación, aprendizaje, digamos, no de saberes, si no precisamente de actitudes, porque ustedes no son gente sin formación (refiriéndose a los facilitadores), al contrario tienen una formación y aparte ahora estamos reconociéndonos en una historia también, más jóvenes, más viejos a todos nos atraviesa.”
(moderador de la mesa)

El actor hace referencia a que no se trata de capacitar en identificar y comprender lo que el otro sabe, sino en las actitudes para reconocernos como parte de la misma trama y una misma historia. ¿Cómo sería una propuesta de capacitación de *actitudes* participativas en reconocernos en los otros? Acaso una capacitación en la escucha sería una propuesta contra-hegemónica, donde ni siquiera se mencionaría la palabra “participación”, porque ésta sería una propiedad emergente de las interacciones que ocurren en ese tipo de capacitaciones. Acaso sacarnos los trajes de funcionarios que con lógica gentilicia y patriarcal nos sentimos responsables de proteger a la comunidad, y pasar a encender el cuidado comunitario, facilitando y vibrando con la trama.

Habilitar el “estar ahí”: diálogo entre lo instituido y lo instituyente

En las mesas vuelven las referencias a la Escuela Superior de Sanidad que crea Floreal Ferrara, donde Tato Pavlosky⁸⁵ venía gratis a hacer prácticas grupales extensas porque *“nuestra preocupación era la salud de los trabajadores”*. Las instituciones rígidas son aquellas con acciones unidireccionales, con interacciones predeterminadas en protocolos y tareas sin creatividad que desubjetivizan al individuo. Flexibilizar una institución requiere de un equipo que contribuya a reflexionar sobre las prácticas en los espacios inhóspitos, aquellas que se atraviesan por fuerzas sin interés en lo vincular, volviéndolas repetición y rutina:

⁸⁵ Eduardo Tato Pavlosky (Ciudad de Buenos Aires, 1933-2015) fue un psiquiatra, actor, dramaturgo y director argentino, orientado al psicodrama.

“...no era un seminario, sino una mesa como estamos acá con los trabajadores de Salud Mental, con el tema locura y que a nadie se le ocurriera qué efectos podría tener en ellos trabajar en una institución de encierro, no estaba la pregunta ...esas cosas que se trabajan así donde la gente es verdaderamente protagonista, aunque duren poco quedan semillitas... Esto fue una experiencia concreta en un lugar de encierro, pero es como a ver... ¿El significante locura no significa nada para ustedes, no los atraviesa en ningún lugar, una institución de encierro? Esto lo tratamos de hacer en todo.” (M.S.)

El "verdadero protagonismo" del que habla la cita, es el que en palabras de M. se habilita a partir de la reflexión grupal, que abre la posibilidad de "estar ahí", de habitar, sentirse partícipe, participar de estos territorios. Lo que nos posiciona en tanto actor y red a la vez, como *actantes* que más adelante analizamos (Greimas, 1967).

Estas ideas de la mesa de café, junto con otros ejemplos históricos de nuestro país, nos permiten fundamentar el concepto de que son posibles las instituciones flexibles y los procesos participativos reflexivos: son los indicios de un movimiento instituyente que está presente en estado de un posible devenir. Son las "semillas" que los actores mencionan como hitos en sus historias, y que la Red AMBA las estaba retomando:

“les quería contar que en los 70 en nuestro país hubo analistas institucionales que después del golpe del 76 se repartieron por el mundo y no volvieron más, hubo un movimiento que era trabajar dentro de las instituciones, esto que hoy vos decías, que este se lleva mal con este, el gran Ulloa a lo mejor escucharon hablar de Fernando Ulloa⁸⁶ y cómo las instituciones tienden a repetir el mismo síntoma que querían curar por decirlo de algún modo. Lo que salva eso es lo instituyente, nosotros teníamos intervenciones... yo llevé a la escuela también intervención institucional.” (M.S.)

⁸⁶ Fernando Ulloa (Provincia de Buenos Aires, 1924 - 2008) psicoanalista. Fue quien introdujo la ternura en el discurso psicoanalítico, quien hizo de este concepto un concepto político.

También nos permite pensar que, así como es necesario “*trabajar dentro de las instituciones para no repetir el mismo síntoma que quieren curar*”, sería necesario intervenir la violencia dentro de las instituciones si no se la quiere reproducir al brindar atención o cuidado de la salud. De la misma manera no se le puede pedir a los equipos de salud que institucionalicen acciones de participación comunitaria en salud si en los centros de salud la gestión no prioriza, protege y financia la reunión de planificación y gestión de cada equipo de salud. Estas ideas se retoman en el apartado sobre la construcción del middle out del capítulo 5.

Participar es integrar, comenzando en las instituciones.

“una cosa que quiero decir con orgullo porque no lo hacía yo sola, éramos un equipo obviamente, nosotros tratamos de hacer esto de integrar siendo consecuentes en todo, estoy hablando de la escuela, por ejemplo los empleados administrativos, una manera de entender una forma diferente también de Salud Integral (M.S.)

La cita previa nos remite a comprender que la participación ciudadana se inicia participando (integrando) a las personas que trabajan en las instituciones.

Vemos que el concepto de Salud Integral, en palabras de M.S., quiere decir no segmentar, unir las partes, hacerlas partícipes de “algo”, esta invitación a una participación no jerárquica dentro de las instituciones, basada en el supuesto de que todos aportan, con roles y funciones que se habilitan en las formas de poner la voz. En la cita previa el concepto de salud integral es una invitación a *entender una forma diferente*, una forma en que las partes puedan verse participando en el continuum de una trama.

La participación evitaría expresiones de subjetividad como las de “cajonear” que se entiende, para esta tesis, como respuesta a la violencia del sistema que invisibiliza a las personas, en las órdenes y jerarquías de roles.

y en todo es así, que esta famosa burocracia tan estudiada por Weber de ver como se puede penetrar esto, porque cada administrativo es un tipo que

en general cajoneaba todo, esto que se dice cajonear todo, porque hablando de que no tiene participación en nada, viene esta gestión política, después viene la otra, este el otro y los tipos están ahí.” (M.S.)

Cajonear, según este relato, sería una expresión de segmentar, de cortar el flujo de la comunicación institucional como una posible reacción a la no-participación, a la invisibilización. La Salud Integral es en estas palabras también la construcción de equipos institucionales que contrasten la rigidez de las conducciones lineales.

Los procesos participativos institucionales requieren tiempo para lograr cambios estructurales

En la lógica que venimos analizando, los cambios estructurales se lograrían con las *semillas* de los procesos participativos iniciados en las experiencias que se relatan. Sin ellos, las instituciones se rigidizan hasta un punto en que *estallan*:

“Argentina tiene una crisis muy profunda que es institucional, que de esto no se habla pero en Argentina las instituciones han estallado. Ya ha estallado el poder judicial, estas cosas no se arreglan con un cambio gubernamental, uno que venga un poquito más reformista, un poquito más popular, si algo a lo mejor está bien es que acá cuando se hable de cambios son estructurales, todo lo demás son parches y la Argentina me parece que no da más para parches. Es mi posición.” (M.S.)

En esta cita, como en otras muchas numerosas, se trasluce que los actores perciben vívidamente la rigidez de las estructuras. Interpretado desde la sistémica, consideramos que las crisis institucionales, que se mencionan en la mesa de café, serían otras expresiones, en otro nivel, de la rigidez que por falta de adaptación lleva a la ruptura (estallido) del sistema. Lograr que las fuerzas que flexibilizan las interacciones y que abren a lo instituyente, se expresen en un tiempo prolongado, llevarían a lograr los *cambios estructurales* que relata M.S.

A la vez, también se puede ver en este tipo de expresiones, que desde el nivel de los actores no se percibe la lógica sistémica y cuál podría ser el lugar de cada uno para incidir en ella. Lo que se expresa en cambio es impotencia y desesperanza, que son en sí condicionantes para la participación.

Participar requiere construir categorías puentes

Luego de habilitar los espacios de encuentros en las instituciones, con funcionarios que se resignifican como actantes de la fuerza que integra el conjunto y se refuncionalizan como facilitadores de la escucha ¿qué sigue?.

Veamos qué nos dice la mesa de café. El médico cubano, en el relato de sus experiencias sobre cómo participar a la comunidad, cuenta que para que sus pacientes recordaran el número del centro de salud dónde se atendían, utilizaba una analogía con los significados de los números con la lotería (el centro de salud número nueve, este médico lo comunicaba como “el del elefantito”):

“Lo que quería decir respecto a la pregunta que me pareció maravillosa (sobre los roles de los facilitadores con la comunidad) y te la voy a responder en esta línea de tiempo, creo que ustedes son una obra en construcción y yo lo digo por una experiencia personal mía, cuando se trabaja con la comunidad es esa versatilidad que uno tiene que buscar [en referencia a la anécdota del elefantito y el número 9] hay que hacerla porque si no, no vas a tener impacto. Y uno tiene que saber oportunidades, amenazas, todo para capitalizarlo para bien.” (J.V.)

La reflexión de J.V. es que para que ocurra la participación, la *versatilidad* de cómo nos aproximamos a una interacción es algo *que uno tiene que buscar*, esto nos acerca la imagen de que tiene que haber un movimiento del funcionario, como una *danza* del funcionario en una trama vincular de la cual él es capaz, sensibilidad mediante, de ser “traductor” de conceptos.

Lo que seguiría es aprender a hacer el entramado de saberes. En la cita se observa la construcción de una categoría, que podemos pensar como

categoría "puente" entre los saberes, que comunica "el medio", el lugar donde los saberes se encuentran en ese puente.

El relato de Juan es recuperado por el moderador de la mesa como ejemplo de que es necesario enseñar "*capacidades de percibir el marco teórico del otro*", "*sentir la comunidad*", "*decodificar los mensajes*" y "*tender puentes entre los saberes*". En otra cita encontramos:

"Lamentablemente por la escasa formación cívica que tenemos como sociedad, una comunidad no va a acercarse a través de sus representantes barriales a pedir una audiencia con la autoridad de una institución, lo que van a hacer es tirar basura, van a descuidar el inmueble, van a rayarte el auto o van a tratar de vulnerarte una ventana y uno tiene que poder decodificar los mensajes. Es como el síndrome del primer vidrio roto en Sociología y esa fue la primera percepción que tuve cuando llegué hace un año aquí, con lo cual me puse a trabajar, que fue una de las proformas que presentamos, todo el tema de la basura." (Directora del centro de salud de la apertura de la escena final de la introducción)

En las habilidades de los funcionarios del Estado, se proponen las de desarrollar:

"habilidades de facilitar la comunicación entre representaciones, los «entre-saberes» de aquello que vislumbra común, cuando vos decís esto para mí es parecido a esto (en lugar de ver las diferencias con el discurso del otro, buscar las coincidencias o aquello similar para tejer ahí un puente" (moderadora mesa 2).

Jara Holliday refiere que "*este proceso mutuo de aprendizaje, de descubrimiento y construcción de conocimientos, confianzas y desafíos, se lleva a cabo mediante aquella aseveración de Freire (1996) cuando dice: «El educador aprende al enseñar y el educando enseña al aprender»*", donde se pasa de una relación asimétrica de sujeto-objeto a una de sujeto-sujeto (Holliday, 2012, p. 61).

Según lo que venimos aprendiendo en los capítulos de antecedentes, —que los actores vamos al campo de interacción en busca de lograr lo que queremos en términos individuales y entramos en tensión para dominar la cuestión— el fragmento anterior de la mesa de café y su análisis, podrían parecer expresiones utópicas. Sin embargo, desde lo que propone la sistémica, somos también portadores de intereses de las fuerzas en devenir que están en el sistema (intereses de un grupo, intereses democráticos e intereses societales), que reproducen/moldean nuestros intereses individuales a la hora de interactuar en el campo con otros actores. Veamos, en el siguiente apartado, qué nos aporta la historia sobre los indicios hacia otras formas de entender el poder en la construcción de la salud.

Construir la participación requiere adoptar una concepción sistémica de la salud

En el análisis de los documentos de ATAMDOS, se describe “*La salud es entendida como un proceso en la resolución de conflictos*” (primer cuaderno mecanografiado de la Escuela Superior de Sanidad⁸⁷). Fue de grata sorpresa leer que el concepto de salud que proponía ATAMDOS incluía al conflicto en el proceso, remitimos al capítulo 1 dónde se detalla la definición, más amplia de salud, que menciona Ferrara en su entrevista con Maristella Svampa (2010) (Svampa, 2010) y dónde además, compartimos las definiciones, en tensión y cambio, sobre las definiciones de salud en los antecedentes del caso.

En la siguiente figura (**Figura 4.6**) observamos otros conceptos sistémicos presentes en el texto del cuaderno que hicieron en la escuela superior de sanidad 1988.

⁸⁷ Este cuaderno, aportado por Marta Santore en la mesa de café, fue fotografiado. No encontramos la cita en los buscadores que consultamos.

Figura 4.6: Concepto sistémicos analizados en el programa ATAMDOS



En los enunciados de ATAMDOS, vemos que aparecen algunas de las cualidades que permiten deducir que el sistema de salud estaba conceptualizado como un sistema complejo. Además de observarse recursividad en la evaluación participativa, se hace expresa mención a la Investigación-Acción-Participativa (Figura 4.2) como metodología de sistematizar el movimiento junto a los resultados que devienen del conocimiento logrado por dicha metodología como “*un proceso de empoderamiento o incremento del poder político (en un sentido amplio)*” (Holliday, 2012, p. 62).

La concepción de poder como dominación, la abordamos, de manera no exhaustiva, en el capítulo 1 y la reconceptualizamos en el capítulo 3, desde la perspectiva de la complejidad. Perspectiva que ubica al poder en el punto de criticidad autoorganizador del campo de fuerzas, en esa tensión justa donde ocurre el aprendizaje (C. L. Perlo & Romorini, 2011).

La perspectiva sistémica permite pensar el desafío de direccionar las fuerzas hacia una forma adaptativa (donde sería ideal que persistamos todos si

queremos mantener la salud) frente a los límites que la sustentabilidad del planeta nos impone. Desde esta perspectiva son cada vez más necesarias rondas dialógicas con actores representantes de las diferentes lógicas y niveles del sistema.

Para lograr la concepción de la salud como “Una Sola Salud” (ver capítulo 1), un condicionante de la participación ciudadana es que los funcionarios valoren el conflicto y en lugar de evadirlo, acallararlo o dominar para ganar de manera individual, lo faciliten hacia el punto de autopoiesis (ver capítulo 3). Creemos que con el optimismo que trae M.S. de la historia vivida, es posible proponer un camino para reflexionar cómo fortalecemos la fuerza del medio, las institucionales, las reglas de juego que nos dan igualdad de derechos en nuestros actos. Es decir, aprender a ejercer una alerta epistémica cada vez que estemos en riesgo de reproducir la violencia en cada acto o interacción que hacemos.

Participar requiere un esfuerzo contra la repetición

“¿podemos decir que nosotros lo que estamos trabajando son las capacidades de percepción?, esto que ustedes decían, o sea el elefantito es una capacidad de percepción y ahí no había ningún problema de comunicación. Entonces percibir de otro modo, eso tenemos que trabajar, no viene mágicamente, hay que trabajarlo, percibir de otro modo, es un esfuerzo contra la repetición. Tendemos a repetir, repetir y repetir más allá de contextos políticos, las instituciones tienden a repetir por eso siempre está esta fuerza, como capacidad instituyente que es el esfuerzo contra la repetición.” (Moderador de la mesa).

“Percibir de otro modo” y “hacer un esfuerzo contra la repetición” , son dos conceptos que se proponen para que en las interacciones actuemos intentando no limitar potencialidades al reproducir el mismo patrón instituido que lleva a la misma estructura. “Tal vez sea necesario repetir una y mil veces los gestos de cambio para que las cosas cambien, hay que participar muchas veces para que haya participación, no se, es una idea...”

(Directora de la Tesis en una recursión del proceso de análisis, escritura y reflexión).

En palabras de Ana Maria Perez Rubio (2012):

“El reconocimiento de la capacidad de agencia supone que los seres humanos son agentes cognoscentes que si bien actúan dentro de los límites de sus condiciones sociales e históricas tienen, además, capacidad instituyente. El sujeto posee una naturaleza reflexiva, bajo dos características, como sujeto sujetado por las condiciones socioculturales y como sujeto con capacidad de agente, es decir con posibilidades de modificar el objeto sociedad”. (Rubio, 2012)

Construir esas representaciones, “que nominan el lugar del medio”, nos hacen de puente para conectarnos y requieren de un esfuerzo reflexivo y dialógico hasta encontrar los caminos para llegar a nuevas formas (no las mismas fórmulas). En ese acto, de pasar de lo viejo a nuevo, en ese hacer lo nuevo, nos encontramos subjetivizándonos, es decir poniendo nuestra fuerza creativa para el encuentro.

En la próxima cita, vemos un ejemplo de un dispositivo de enlace dialógico y reflexivo, que como mencionamos en el capítulo 1, mediante el cuál, con creatividad, es posible entramar el plural al buscar en aquello que nos une:

“-Ahí quedan semillitas, todos esos talleres, los artistas, todo lo que fuimos viendo en el Borda hasta la famosa radio, maravillosa.

-La radio, claro! y el “choripan terapéutico”.

-Perdón, perdón. ¿Qué era el Choripan Terapéutico?

-El Choripan Terapéutico era como un taller por así decirlo, había un sector en donde los residentes no se acercaban nunca en una parte del Borda, entonces pensaban ¿cómo hacemos? No había manera, no había manera, entonces dijeron No hagamos ningún taller, ni nada, vamos a prender la parrilla y pongamos Choripanes.

Temporalidad en los sistemas complejos

“-El tiempo de implementación con Floreal fue muy breve, muy breve, además te digo, aunque un gobernante terminara su mandato este proyecto estratégico es para más de eso, porque esto es lo que a nosotros nos pasa, nunca hay trasmisión, esto que yo les decía, nuestro país si queremos pensar la salud desde otro lugar es muy difícil, pensar una sociedad saludable cuando no conoce su historia. Es así de siempre, nosotros empezamos siempre de cero”. (M.S.)

Los procesos en los que las fuerzas construyen nuevas formas son muy largos, se requieren políticas públicas transpartidarias, esto significa con mecanismos de transmisión del poder a la comunidad. El proceso para lograr una salud integral, es largo y requiere del conflicto, de tensiones entre necesidades de una comunidad que construye democracia en la participación de cómo priorizar los recursos estatales.

Ahora bien, en ese proceso, esa invitación a sumar voces conflictivas, requiere primero un “cuenco” y un facilitador, en donde recibir el estímulo del contexto (la voluntad política con recursos y equipo técnico). En términos sistémicos este estímulo genera las condiciones iniciales y las influencias externas que pueden tener un impacto significativo en el comportamiento y evolución del sistema (contextualidad del Cuadro 3.I). Este estímulo es corto, lo realizan los artesanos de contexto y va en los tutores de la política pública (recursos, voluntad política). Según Marta, el hilado empieza por armar la urdimbre, rota en las instituciones, es decir construir dinámicas para la participación primero de los trabajadores, descentralizar el poder, y enseñar la escucha:

“A mi me quedaba una duda, ante este cambio en la proyección de la Salud integral y el cuestionamiento al modelo hegemónico y demás ¿Cuál fue la participación comunitaria, en qué participó el pueblo, la gente? en este cambio, en este escuchar a la gente ¿Hubo algún cambio de empoderamiento de la comunidad? (facilitadora de la Red AMBA)

-Te diría que fue corto, fue corto, te voy a decir, lo más asequible para la gente, porque para mí fue muy fuerte lo de los empleados administrativos, ...nunca se había planteado, el taller era La Salud de los Trabajadores de Salud con todas las implementaciones que ellos sabían hacer. La participación de los empleados administrativos en el proyecto cambió así (hace un gesto con la mano, la gira de 180 grados) todo el mundo estaba interesado, intervenían, vos te sentías menos solo, esto que digo en la escuela, lo llevábamos a cada uno de los lugares porque la escuela estaba descentralizada, se empieza a descentralizar y está en los distintos sanitarios, entonces en cada lugar se formaba a la gente pero también se escuchaba, porque hay muchas diferencias culturales en la provincia de Buenos Aires” (M.S.)

A veces la mirada sistémica contribuye a que se vean los resultados de intervenciones de hace mucho tiempo atrás:

“todo esto que fue lindo de rememorar, la verdad que un poco me puso triste también porque al leer el cuadernillo y rememorar, revisé clases mías, no porque haya dejado de pensar de esa manera pero también quería corroborar, habían muchos datos, en verdad digo ¡Qué bárbaro, qué tremendo es el No aprendemos más, me surgió eso sinceramente, han pasado 30 años de eso.”

A modo de conclusión de este apartado

Como describimos en el marco teórico, poder ver lo común en la trama del sistema (en la inmanencia) es una condición epistémica, en donde no aplica querer dominar las otras partes que juegan en el sistema, por haber aprendido a “componer el plural” con ellas (Pérez Royo et al., 2016), y como vimos en el material empírico, es aprender en la escucha, a tomar de la otredad, la parte dónde, desde las diferencias, entramamos el nosotros.

En ese camino de paradigma, proponemos que ningún actor debería estar parado al frente, en asimetría verbal o corporal en las reuniones, ni queriendo llegar a un resultado preestablecido, porque estaría reproduciendo

la lógica positivista, que poco aborda los determinantes estructurales y propone resultados lineales desde un saber jerárquico.

La gran duda es ¿si las personas podemos dejar de vivir en la lógica del consumo y productividad para dar lugar a otros mecanismos de retroalimentación en el equilibrio de todo el sistema? En el ámbito de la salud, uno de los mecanismos que necesitamos dejar de reproducir es el de relacionarnos mediante el humanitarismo para comenzar a participar y problematizar la complejidad y generar estrategias “entreniveladas” con otras cosmovisiones.

¿Podemos pensar que la *Red AMBA* fue parte de ese devenir en el intento de tener políticas públicas basadas en la participación ciudadana como otra expresión de las fuerzas de igualdad de derechos, presenten ya en la historia, en este presente y en el futuro? Fuerzas que encontramos representadas en los actores de las escenas, que estarían actuando aunque aún sin fuerza para dar formas nuevas visibles.

III. Análisis del marco de las experiencias de los actores para la comprensión del contexto: Tensión global-local

En esta segunda sección entramos en diálogo con Cecilia Hidalgo y Valeria Hernandez sobre las relaciones globales-locales, con la reproducción social y subjetividad de Samaja, también brevemente con los debates al interior de la ciencia y con el trabajo ideológico de adaptación de Bennet Berger que el individuo hace para mantener la coherencia entre su actuación y el rol ideal (Flacks & Berger, 1983; Hernández et al., 2005; Samaja, 2004b).

El análisis del marco de las experiencias de los actores se basa en la obra “Los marcos de la experiencia” (Frame análisis) de Goffman (Goffman & Rodríguez, 2006) porque entendemos que nos permite describir la tensión de las fuerzas presentes en los recorridos de los funcionarios.

Como resumimos en el capítulo 3, siguiendo a Samaja, el devenir del sistema se expresa en los actores, en sus “capas” de individualidad según

sus formas de relacionarse: individuos gentilicios, ciudadanos o societarios⁸⁸ (Samaja, 2004b); formas que observamos a través de las narrativas de los funcionarios que trabajaron en programas de salud pública desde finales de los 80. Para ello, empezaremos por las similitudes que relatan los actores en las formas y condicionantes de la “*penetración de las culturas*” (Goodenough, 1970) por la “*globalidad*” (Hernández et al., 2005; Menéndez & Spinelli, 2006b; Samaja, 2004a) y cómo resisten para mantener una identidad propia (gregaria y/o ciudadana).

III.a Similitudes de las estrategias de penetración cultural de los condicionantes globales

Los actores en diálogo en la mesa de café, reconocen las similitudes que vivieron en sus trayectorias frente a “*las fuerzas de afuera*” para dominar el campo de la salud pública. Los fragmentos que se presentan son ejemplos de lo que se encuentra en gran parte del material:

“Pero fijate que yo en otra parte del mundo en esa época, ubicado en esa línea de tiempo dónde uno comienza y dónde uno está es importante, miren que sinergia hubo que en esa misma década del 80 y década del 90, en Cuba se gesta el Programa de Medicina Familiar de Cuba para contrarrestar el hegemonismo médico que no estaba dando solución a los problemas y se crea una especialidad, que en cierto modo fue un momento militante, yo salí de Cuba en el 2004 y pensé que nunca en mi vida iba a

⁸⁸ Es decir, actúan bajo lógicas gentilicias de pertenencia a grupos descritas en el capítulo 3 (leyes gregarias), o bajo lógicas ciudadanas de igualdad de derechos (leyes estatales) o bajo lógicas societarias (leyes de la sociedad civil) o lógicas de mercado (leyes globales por corporaciones privadas). Por ejemplo, en una institución de salud el médico al atender un paciente, con su estatus de residente de una especialidad médica, representa y responde a su jefe de servicio y a las normas de esa especialización (reproduce un rol gregario), en su rol ciudadano garantiza el derecho a la salud bajo el código de buenas prácticas de la institución y el de ética de la profesión, puede ejercer su profesión en el ámbito privado siguiendo las normas del código civil y comercial tributando al Estado pero es seducido por la lógica de mercado cuando por su práctica médica a los pacientes dentro de la institución cobra honorarios especiales, personalizados y no declarados al fisco y finalmente contribuye a los intereses de la industria farmacéutica cuando su práctica además se orienta a incluir pacientes a un protocolo internacional de investigación.

escuchar la palabra política y la escuché más veces en Argentina que en Cuba.” (mesa de café G3, J.V.)

En Argentina, a fines de los 80, en la práctica médica y las universidades, se instala la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) —“vino de afuera”— compitiendo el espacio a la medicina basada en la experiencia —el saber en manos de los grandes profesionales bajo lógicas gentilicias, es decir méritos atribuidos por la propia comunidad—. Paradójicamente al día de hoy no existen papers sobre la evidencia de la MBE (de Sousa Santos, 2017).

“Nosotros [en autoreferencia como alumnos de Floreal Ferrara] tuvimos la posibilidad de egresar e intervenir desde la especialidad o de la gestión, pero en los 90 se pedían los master porque resulta que nos gobernaban los master, los Chicago Boys, los muchachos que se habían formado afuera y que venían a darle la solución desde el capítulo neoliberal a la salud y resulta que nosotros no teníamos los títulos. Nosotros teníamos el título de médicos y de especialista público, yo soy especialista universitario por la Universidad Pública, entonces, digo, ahí tuve que reconvertir ese crecimiento práctico y teórico en, entre comillas, la enseñanza que hoy se transforma con grados de maestría, o incluso con grados de doctorado. Yo formo parte de esa generación”. (mesa grupos 1 y 2, A.B.)

Se observa la similitud del proceso en la reflexión de los otros actores de la mesa. En los 90 “el conocimiento de la salud la traen los de afuera”, la estrategia de las fuerzas del nivel del sistema internacional es seducir a los profesionales a que participen “en su nivel”, es decir que los profesionales de la salud valoren positivamente lo internacional —los masters y doctorados, los grandes ensayos clínicos y la forma que ese nivel propone de APS—. Como vimos en el capítulo 1, se propone ser eficiente en el control de enfermedades pero no se considera la posibilidad de intervenir en los determinantes sociales de la salud, ni en las inequidades al acceso a la salud y menos aún en la salutogénesis local del sistema (Lemus, 1998).

Ambos relatos expresan la percepción de que esa forma, seducir a las partes a que se formen en un saber teórico en sus universidades, es una “nueva

forma de hacer medicina y salud pública” (la MBE), y en detrimento de la forma que se necesita para sostener una cohesión del conjunto. Ésta se menciona como un saber práctico, el de la experiencia por interactuar con el territorio, de ser militante, es decir militar la salud pública. Aquí ambos actores comentan cómo en sus trayectorias de vida, el cambio de reglas de juego se intentaba imponer desde ese “afuera”, desde ese otro nivel externo; en ese entonces recién comenzaba a hablarse de MBE, y en nuestro país casi no se conocía. Al estar penetrando a varios países simultáneamente, se puede considerar que era una estrategia pensada en un nivel más abarcativo, más global. La promoción de la instalación de la MBE en los grupos médicos y sanitarios locales se hizo con una estrategia de seducción, al ofrecer condecorar en las lógicas que regían lo local en ese momento, es decir con gentilicios mediante el otorgamiento de títulos fijos estructurantes que el sujeto los adquiere para siempre, como son los títulos de doctorados o masters. Las universidades fueron (y son) el medio, el canal para ser parte de esa nueva (ya vieja) lógica y lograr los privilegios —con un esfuerzo individual— de pertenecer a ese nivel -el nivel global. La recompensa al esfuerzo por lograr un título extranjero, desviaría la motivación individual para desarrollar los instrumentos propios y soberanos para el devenir del sistema desde las necesidades locales (Hernández et al., 2005).

III.b Poder en las arenas del saber: La reacción de las universidades latinoamericanas

La competencia de fuerzas en el campo de la salud pública en la arena del saber, según las narrativas de los actores, entraría a fines de los 80. En otra parte de la mesa de café, se da cuenta cómo las universidades latinoamericanas, tuvieron que contraponer esa fuerza, construyendo sus propios “masters”, para competir y captar a las personas a ser partícipes (reproductores) de sus fuerzas locales y a la vez creando una identidad en el juego de ese nuevo nivel global —enfoque desde el sur de la salud global—. *“Cuando yo los escuchaba [en referencia a la introducción de la actividad y la Red AMBA], están tratando de intervenir con metodologías parecidas [a*

las de Atamdos] *básicamente para escuchar y poder intervenir hoy en la desesperanza y en algunos momentos críticos y cómo transformar esa desesperanza en esperanza, esperanza sanitaria, esperanza alimentaria, esperanza en que en serio haya un equipo y que por una vez en Argentina definamos claramente que esta estrategia es válida con los papers, con las cuestiones personales, con todo eso básicamente por eso nos motiva este escenario y otros que hemos vivido en esta cuestión.*” (mesa de café G1 y 2, Médico de 55 años, secretario de salud de varios municipios del conurbano a lo largo de su trayectoria que en su presentación se define sanitarista político alumno de Floreal Ferrara)

Como defensa de “*esta estrategia*”, el actor propone mostrar la validez de la misma también “en los papers” —es decir, conseguir que se publique la validez de esa estrategia en las revistas científicas— y ganar en el escenario de juego donde el mercado se propuso entrar con sus estrategias a dirigir la salud pública.

Sin embargo, creemos que son dos lógicas distintas, dos idiomas que no dialogan, que no se podría competir por el poder del campo de la salud en la arena de los papers, que es sabido que se encuentran bajo intereses de mercado, y que la evidencia científica de un tiempo a esta parte es cómplice, cada vez más del campo de las publicaciones científicas, se fue permeando por los conflictos de interés —con el mercado— entre los investigadores y las revistas científicas⁸⁹. Como ya describimos en el capítulo de antecedentes, la epidemiología, con su enfoque de riesgo se erigió como la disciplina legitimadora de políticas, renegando de los principios de participación en la definición de los problemas por parte de la población (Scaglia, 2012).

Por otro lado, observamos en las escenas que también están presentes las propuestas de evidencias locales, de una epidemiología social así como también se enuncia a la investigación-acción participativa en los documentos de ATAMDOS. **Figura 4.2.**

⁸⁹ Sabemos que el factor de impacto, un índice de importancia de la revista, en su confección posee criterios influenciados por el mercado (Silva Ayçaguer, 2005).

Figura 4.2: Investigación-Acción Participativa en el primer cuaderno de la Escuela Superior de Sanidad (documento mecanografiado ATAMDOS 1988)

OMS	ATAMDOS
inserción en la producción	transformación
participación funcional	participación popular en todos los niveles
educación para la salud	Investigación Acción Participativa
cooperación multisectorial e internacional	interdisciplinariedad
tecnología apropiada	

El concepto de salud de la OMS se inserta...

Para expresarlo en otras palabras: entendemos que las acciones emancipatorias no serán nunca reconocidas por parte de quienes ven como amenaza la autodeterminación social, por eso la búsqueda de reconocimiento de “*esta estrategia*” por parte de la fuerza que domina el campo sería, a juicio de esta tesis, gastar energías en una lucha por ser validado por quienes invisibilizan otras formas. Ese desgaste desviaría el foco de los equipos de salud que tendría que estar dirigido a poder construir acciones participativas. La propuesta de Perlo (2006) es que la lógica subyacente a “*esta estrategia*” que fue siendo reconocida como distinta (según se fue consensuando en el diálogo de la mesa de café) se explaye en el poder de cooperación de la diversidad y ese incremento, en volumen y número de voces diversas, se haga audible, sin dejar a la vez, de darle un lugar y usar para esa construcción, los beneficios del modelo eficientista desarrollado durante el positivismo (C. Perlo et al., 2006).

Los relatos también expresan una resistencia a esa intromisión externa en la concepción local de la Salud Pública. Siguiendo a Berger (1983), es interesante remarcar que esta intromisión se dió escindiendo lo discursivo (sobre la participación ciudadana referida en documentos oficiales) y el hacer (en la forma utilitaria de concebir al individuo y en las formas de

participarlos como clientes); y que esto requirió que se formen expertos académicos sanitaristas en defensa de esas otras formas de participar, de adherencia a los programas, para instalarlas igual de válidas (Lemus, 1998). Así, muy lejos de la “participación genuina” la participación quedó reducida a la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes. Este “trabajo ideológico” permitió a académicos y funcionarios actuar bajo las lógicas de mercado, sin cuestionarse los financiamientos de organismos internacionales, mediados por ejemplo por el BID y el Banco Mundial en ese entonces —y ahora cada vez más directamente por ONG filantrópicas—. . Financiamientos que imponen programas verticales —para enfermedades reconocidas de forma universal— pero que se basan en acciones asistencialistas como solución a los temas de salud y poco a abordar “las causas de las causas” (Susser, 2004). También la OMS, las universidades locales (en los discursos de los individuos que las representan) legitiman con conceptos teóricos, en sus guías, en las currículas formativas y en las residencias médicas arreflexivas la fuerza que estamos reproduciendo. Esta alineación intelectual y de actuación de los funcionarios responsables de velar por las normas de derechos (institucionales y civiles) es una vía que los individuos en esos cargos encuentran de pertenencia funcional (y supervivencia individual) a los intereses de mercado.

La flagrante contradicción de los grupos entre las ideas que profesan creer y su comportamiento cotidiano para adaptarse a las circunstancias propias de la vida, a sugerencia de Bennett Berger (1983) deben ser desenmascaradas mostrando, en “las brechas entre el decir y hacer”, las formas de servir a un propósito individual y describiendo los métodos que adoptan los actores para afrontar esas brechas. A esto Berger lo denomina el “trabajo ideológico” que realizan para adaptarse.

El diálogo de la mesa de café nos permite entender los desplazamientos en el posicionamiento de los actores académicos desde los 90 y cómo el modelo médico hegemónico local rápidamente adoptó la MBE. Académicos, que para mantener su lugar de expertos y eruditos en la sociedad (envoltura interrelacional gregaria) debían profesar, enseñar y

defender las bondades de una gestión de salud donde la creencia en la participación ciudadana para una “salud para todos en el año 2000 —y ahora 2030—”, no es más que “*otro elemento discursivo autocomplaciente de la ideología*” (Flacks & Berger, 1983). Densas texturas interaccionales impiden sostener disfraces emocionales y es posible en estos diálogos, con capacidad de recuperar la historia de los procesos sociales, “desenmascarar” y “desmitificar” las ideas, revelando los intereses o las funciones reales a los que sirven nuestras acciones. Esta reflexión se logra en tanto es posible vernos y pensarnos como reproductores de lógicas ajenas, alejadas de las creencias que nos dan coherencia. (Flacks & Berger, 1983).

La participación de los individuos en reproducir las reglas de juego del nivel global tiene como consecuencia que no están disponibles —en términos de Samaja (2004)— *como ser de un proceso de reproducción democrático local*, proceso visto cada vez más como idealista e imposible, lo que conduce a quitarle fuerza a las lógicas de derechos y los funcionarios estatales se quedan sin poder ser reproductores de las normas formales logradas durante años, así creemos que se van despojando de sus envolturas interrelacionales normativas, se vuelven permeables al lobby y se debilitan las instituciones.

En relación al poder, y la reflexión sobre el mismo, encontramos referencias sobre ATAMDOS, que según Mendizabal y Morrone: “*Ferrara dispuso en ATAMDOS la idea de poder de Foucault superando la idea de una fuerza que dice que no, sino también, como aquella que sirve para crear y producir*”. ...*Esta idea del poder, positivo y negativo allí donde se encuentran las singularidades fue la usina que quiso alimentar... Se desdibujó en él el poder gremial del trabajador y lo pensó en el barrio. De esta forma cambian los actores, ahora serán los desocupados, las mujeres, los ancianos/pensionados y cada habitante quien decida ejercer el poder para luchar frente al conflicto.*” (Mendizábal & Morrone, 2017) Sin embargo, no encontramos en ATAMDOS experiencias, o sistemáticas describiendo cómo se proponía en ese programa evitar que los nuevos actores reproduzcan las formas verticales de poder existentes.

III.c Devenir de un “producto latinoamericano”

Vemos que los actores, en un momento de la escena, tienen “*la noción de ser como proceso de reproducción*” que referencia Samaja (Samaja, 2004b). La mesa de café está constituida, como enunciamos anteriormente, por protagonistas activos de los programas Atamdos, Médicos Comunitarios y de salud cubana —reconocida mundialmente en atención primaria de la salud—.

“soy cubano, hace 13 años vivo acá en Argentina y me ubico en esa línea de tiempo hermosa y veo que soy un producto latinoamericano, escucharte Martha [funcionaria de ATAMDOS] y ver cómo fue esto que se empezó a gestar y Mariano que fue mi jefe en el Ministerio [bajo el Programa Médicos Comunitarios], es ver como te da dimensión de lo que fue la perspectiva, a nosotros nos invitan para hablar de lecciones aprendidas de todo esto, no somos viejitos nosotros, somos igual que ustedes, pero tenemos un poco de recorrido en esta línea de tiempo”. (Mesa G3, J.V)

El proceso que opera subyacente a nuestra forma de actuar es posible de ser reconocido en el diálogo con otros, participando con escucha de las experiencias vividas y, como ya dijeron los actores, rescatando similitudes entre esas experiencias. La posibilidad de lograr este *insight*, según Rubio (2012) y Samaja (2004), lo introduce Latour (1996) (Latour, 1996), quien lo toma de Greimas (1967) con su término “actante” (Greimas, 1967). Actante se diferencia del término actor social en que permite evidenciar cómo “*lo social es aprehendido como un efecto causado por las interacciones sucesivas de actantes heterogéneos, es decir del actor/red. Todo actor es una red e, inversamente, la acción de una entidad de la red conlleva la modificación de esta última. En consecuencia, la acción no tiene una fuente precisa, compromete siempre una serie de entidades y moviliza la fuerza colectiva que ella representa*”. (Rubio, 2012) Nos parece importante hacer la analogía teórica entre que reconocerse como “ser producto de un proceso con historia” es reconocerse dentro de un proceso sistémico. Desde la sistémica, todo sistema tiene una forma lograda por las fuerzas que lo

componen y que vienen actuando en un proceso a lo largo de la historia del sistema.

III.d Noción de ser como proceso de reproducción de las fuerzas de mercado

Si todo actor reproduce fuerzas en el sistema (a la vez que posee su poder de agencia) y en nuestro marco teórico hay tres fuerzas que intentamos identificar en el campo (la del mercado, la de derechos y la de pertenencia a grupos homogéneos gregarios) veamos a continuación cómo a partir de las acciones que mencionan los actores de las escenas podemos reconocer las fuerzas de mercado:

“-Floreal decía que los médicos eran agentes de propaganda médica. (Mesa grupo 3, M.S.)

-Pero claro, encima baratos por una birome de plástico, encima nos vendemos por una birome de plástico que dice no se que, boludo somos unos nabos infernales. Cuando yo dije sáquenlos [a los visitantes médicos de los lugares ganados dentro de los centros de salud] y ponemos la enfermería, que necesitábamos hacer un cambio, me vino el jefe de gabinete del intendente a decir que no se podía.” (Mesa G 3, M.A.)

En este pasaje, observamos que la fuerza desenmascarada en el dicho que se le atribuye a Floreal Ferrara es de mercado, y se encuentra actuando a través de los médicos, quienes la reproducen con mayor o menor conciencia y/o beneficio individual en esos actos.

Como ya remarcamos en capítulos anteriores, los médicos reproducimos lo que hemos aprendido, trabajando bajo el biologicismo inherente a la ideología médica, que según nos señaló Eduardo Menéndez, es esa misma dimensión la que excluye otras vinculadas a los procesos históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad/atención; formas que son consideradas por la biomedicina como culturales y no científicas (científicas

como sinónimo de MBE) y en consecuencia decretadas a ser excluidas o por lo menos subalternizadas (Menéndez, 2003).

Por otro lado, los visitantes médicos son legitimados por los funcionarios dentro de los centros de salud, lo que equivale a decir que las fuerzas de mercado corporizadas en ellos compiten “cuerpo a cuerpo” para influenciar en los actos médicos a participar a las personas de la adherencia farmacológica y de estilos de vida individuales por sobre otras formas de participar de otras fuerzas que adolecen de “cuerpos” que las representen.

La noción de ser como proceso de reproducción de una fuerza sistémica requiere un espacio de reflexión que no está presente durante la formación médica ni en las instituciones de salud. Sin embargo en la historia de los programas, más allá de las instancias de capacitación parecería, según relata Marta Santore, que esa función reflexiva fue institucionalizada en la Escuela Superior de Salud en ATAMDOS.

La posibilidad de agencia personal de los funcionarios para modificar el orden de las interacciones requiere un distanciamiento del rol de funcionarios (Goffman et al., 1981).

¿Cómo entonces tomar conciencia de la fuerza que estamos reproduciendo? Bajo el supuesto que vimos, que los funcionarios en sus interacciones pueden comprender la expresión de aquellas fuerzas sistémicas que vienen facilitando o limitando la gesta de las formas de institucionalizar la participación, podemos tomar distancia del propio rol y observar cuáles son las características posibles de ser consideradas como necesarias para hacer lugar a la participación ciudadana.

Como vimos en capítulos anteriores, desde la perspectiva de la complejidad, la participación —de las partes— que mantiene el sistema en su estado dinámico (ni rígido ni disipado) es la que permite que las relaciones se retroalimentan, exista interdependencia y sean asociaciones no lineales, con recursividad de los vínculos, manteniéndose en un equilibrio fluido. Esto en términos sociales es el ideal de un sistema democrático, nutrido por actos de

ciudadanía, de sujetos con lógicas de igualdad de derechos con una clara concepción de conjunto, que se logra por una trascendencia compartida.

Si las políticas públicas que se deben inspirar en la participación ciudadana, son atravesadas por los intereses del mercado global o por intereses sectoriales suponemos que no se podría construir participación, sino manipulación de las personas por clasificarlas, ponerlas en roles utilitarios y acciones predefinidas, rígidas y por lo tanto desvitalizantes. La manipulación de las personas en términos de que se alcance el objetivo del sistema de salud entendido bajo esas fuerzas que construye relaciones sociales principalmente unidireccionales para que el individuo se comporte de manera funcional. Consideramos que esos contextos violentan, en tanto anulan el potencial de las personas que se expresaría en los encuentros dialógicos, **espacios de construcción si se superan las tensiones oponibles**. Creemos necesario reponer aquí el concepto de violencia que utilizamos en la tesis:

“la violencia está presente cuando los seres humanos están influidos de tal forma, que sus logros somáticos y mentales reales están por debajo de sus logros potenciales” (Galtung, 1969).

IV. Análisis coreográfico y metacontexto: Roles del equipo de salud, las fuerzas que reproducen y tipos de participación que habilitan dichos roles.

En una tercera parte, el análisis de marcos también nos permitió describir los roles que requiere el modelo médico hegemónico, roles que se fueron hilando en la reflexión lograda con la distancia del rol de los funcionarios durante la facilitación de la mesa de café. En este apartado describimos la reproducción de la lógica de mercado en la praxis médica, que dificultan la participación ciudadana en la construcción de lazos sociales. También se diferencian tipos de participación, según sean propuestos por fuerzas globales (participación materialista y/o humanitaria caritativa) o por las fuerzas estatales (participación estructural para esta tesis).

IV.a Roles, procesos y estructuras del encuadramiento para una gesta participativa

La crítica al MMH fue base del “proceso de cocción” que dió origen a ATAMDOS, ese enfoque modeló fuertemente a Floreal Ferrara a través de la multidisciplina, en este caso la antropología, encarnada en Marta Santore.

“En ese momento con otros antropólogos yo estaba en una cátedra en la Facultad de Filosofía y Letras, estábamos trabajando críticamente el modelo hegemónico desde una concepción antropológica, esto le llamó la atención a Floreal porque en realidad estaba incluido en la concepción de la civilización occidental y cómo desde ese lugar etnocéntrico que es lo que estábamos trabajando se venía a plantear una posición crítica.” (Marta Santore)

Marta Santore, antropóloga y psicóloga, fue quien creó y dirigió la Escuela Superior de Sanidad en el programa ATAMDOS del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, bajo la conducción del ministro Floreal Ferrara en 1988 en La Plata. Marta trajo a la capacitación de AMBA los originales mecanografiados de los documentos de dicho programa⁹⁰, que nos permitió realizar un análisis de cómo se definió⁹¹:

- 1) El proceso considerado necesario para institucionalizar la participación popular (**Figura 4.3**) y el reglamento de la Asamblea General Comunitaria.
- 2) La estructura considerada necesaria para institucionalizar la participación (**Figura 4.4**). Esta estructura consideró a los ámbitos para iniciar la participación como transitorios hasta que la comunidad se autoorganice.
- 3) El Organigrama de gobernanza centralizada de la participación ciudadana en ATAMDOS (**Figura 4.5**).

⁹⁰ se pueden más fotos de la impresión mecanografiada del documento de ATAMDOS en la página web de la tesis <https://sites.google.com/view/red-amba/inicio>.

⁹¹ Las Figuras 4.2 a 4.5 son elaboración propia a partir de los documentos de ATAMDOS.

Marta refiere que la escuela fue pensada para capacitar a los equipos de salud en nuevos roles que permitan *“descentralizar y generar un encuadramiento para la gesta participativa”*.

“Lo que hicimos en la escuela, la gran temática era descentralizar, era imposible pensar en la participación comunitaria sin descentralización, entonces estaban los municipios, las regiones y el trabajo permanente para descentralizarse” (Mesa G3, M. S.).

ATAMDOS propuso un proceso y una estructura de descentralización para que se pudiera instituir la participación comunitaria (**Figuras 4.3 y 4.4**). En ese movimiento —según también relataron los actores de las mesas de café—amenazó al poder instituido y por eso duró sólo unos pocos meses. ATAMDOS se hizo presente en el campo con el poder político delegado democráticamente, instalando su modelo con poco lugar a negociar y a construir confianza estratégica con otros poderes instalados (la corporación médica entre otros).

En las narraciones, nos interesa observar si estuvo presente el concepto de poder de cooperación y de consenso para alcanzar propósitos que engloben intereses segmentarios, el tipo de poder que describimos en el capítulo 2, que propone interacciones donde anide lo “autopoiético”. (C. L. Perlo & Romorini, 2011). Si bien ATAMDOS se posicionó como defensor de la comunidad, vemos en la **Figura 4.5** que armó un modelo de gobernanza de la participación en paralelo a las estructuras que el sistema ya tenía en los municipios; en este sentido no fue inclusivo de los sectores corporativos médicos ni de otros poderes políticos, contra quienes compitió el campo y les intentó imponer condiciones.

Consideramos que la manera en que construyó el proceso y la estructura representa una fuerza gregaria al expresar la cosmovisión de la participación de la ideología gobernante en ese momento (1987 en la Provincia de Buenos Aires) y que como fuerza gregaria, no construyó con los intereses segmentarios ya existentes sino que se propuso subsumirlos mediante la gobernanza de la participación ciudadana en la estructura creada para tal fin (**Figura 4.5**); meses más tarde Floreal Ferrara es etiquetado de “ministro

rojo” y no es sostenido en sus funciones.

Con el poder delegado en el cargo gentilicio y con el dinero estatal para generar el dispositivo, podemos decir que se construye una estructura paralela de equipos de salud introducidos en los municipios muy bien pagos, que respondían al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y no directamente al poder local de los municipios. Creemos que esta forma de institucionalizar la participación reproduce el juego gregario que impone su perspectiva desde el poder vertical y por lo tanto es esperable, que sin negociación de por medio, fuera resistido por los actores de poder de todos los otros niveles.

En diálogo con el marco teórico de la tesis, consideramos que el dispositivo de implementación no pertenecía a la categoría de tecnologías sociales transicionales que describimos en el capítulo 3, porque no daba cuenta de cómo abordar la retroalimentación, la interdependencia y los procesos de complementariedad que habitan en la dinámica de un sistema flexible.

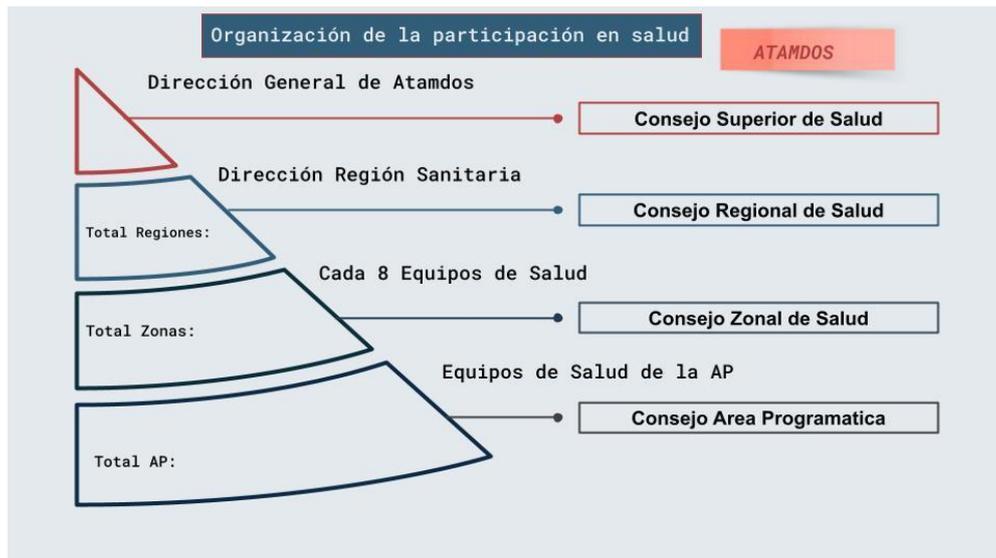
Figura 4.3: Proceso para instituir la participación ciudadana en el Programa ATAMDOS.



Figura 4.4: Estructura territorial formada para que ocurra la participación popular en ATAMDOS.



Figura 4.5: Organigrama de gobernanza centralizada de la participación ciudadana en ATAMDOS.



En ATAMDOS, esta estructura creemos que responde a un rol de *facilitador de la expresión de sujetos subordinados y dominados*, porque el aspecto piramidal nos remite a una concepción vertical del poder, con riesgo a ser asimétrica. En este mismo sentido nos remite a entender que fue una política supuestamente diseñada para cuidar un colectivo desprotegido de aquel que lo subordina, y al hacerlo, quien se ubica en el rol de cuidador reproduce la asimetría. Creemos que la buena intención de cuidar un segmento, generaría categorías morales (quienes son buenos y quienes malos) y habilitaría la expresión de las fuerzas gregarias que describe Samaja (que veremos en próximos capítulos), fuerzas que segmentan el sistema, ejercen un cuidado patriarcal (hay un padre que determina de manera hegemónica los modos de participar), impone su criterio desde el ideal teórico, centraliza y termina perdiendo la posibilidad de consenso para evolucionar hacia una forma donde “entren todas las partes” con mayor justicia social.

También en el capítulo 1, vimos en los antecedentes de ATAMDOS una externalización del sujeto funcionario en los relatos, cuando menciona la participación “*la ejercía la comunidad en Asambleas*”, pero Ferrara “*era muy poco conciliador en sus estrategias*” no daba lugar a la participación de los actores que le eran pares, esos otros políticos, funcionarios y

representantes democráticos del poder popular por votación —los intendentes—. En los textos consultados sobre ese programa, no se detallan estrategias donde esos otros fuesen participados mediante alguna tecnología transicional, en pos de una propuesta superadora hacia lo común, para ser acordada y co-construida con ese poder local.

IV.b Tipos de relación que se reproducen bajo fuerzas de mercado

Por otro lado, en las narrativas de los actores se puede observar que la estrategia de la fuerza de mercado es principalmente de seducción al equipo de salud, a través de la oferta de tecnología y un rol asistencialista unidireccional. También consideramos de valor compartir estas citas porque estas formas son ejemplo de relacionarnos con los otros (pacientes o dolientes) que el mercado propone y que van desplazando las formas participativas de igualdad que se analizan en la tesis.

Relación con base materialista

En el siguiente pasaje de la narrativa de uno de los actores de la mesa de café, se destaca la relación con “*las cosas*”, en referencia al equipamiento médico. Aquello que brinda soporte al rol médico del modelo MMH (tecnología diagnóstica y terapéutica) se posiciona como necesario, siendo dificultoso otro modelo de atención sin “*las cosas*”. Esta concepción es otra reproducción de las fuerzas del mercado que desplazan a las que se construyen con vínculos afectivos, de cercanía por pertenencia del médico a la comunidad que asiste.

“-Llegabas a la guardia y tenías un poco de hidrocortisona, 2 ampollas de dipirona, una ampollita de epinefrina, aminofilina tenías una ampollita, una placa radiográfica, un tanque de nafta solamente para un viaje al Hospital provincial, tenías un tanque de nafta para un parto que te llevaba por la noche, en ese medio tuvimos que desarrollar los equipos, el cuidado, cuidado y no se desvirtuó el modelo de atención...

-Al revés, justamente el tema es ese.

-Tal cual.

-Mientras más oferta hay de cosas es menos relación, menos pensas, menos usas la cabeza y menos la relación de la gente” (Mesa de Café G3, J.V, M.S y M.A)

Es interesante la asociación de “más cosas, menos relación”. Si los funcionarios son quienes encarnan las fuerzas de igualdad de derechos — contratados por el Estado para que así sea— en las condiciones que tienen que gestionar, tal vez “el usar la cabeza” (que entendemos es en el sentido de problematizar) sea una herramienta de las fuerzas del conjunto. Es un sujeto activo que se pregunta, “¿con lo que hay, que puede hacer?”, lo que no quita que “las cosas” tienen que ser proveídas por el Estado.

Acción humanitaria y caritativa

Por último, en la mesa de café, las propias experiencias de los actores de haber trabajado en proyectos humanitarios permitió también descartar que esas sean formas de participación en los términos que aquí estamos tratando de determinar.

“Cuando yo terminé el proyecto de Médicos del Mundo me hicieron una entrevista allá en Jujuy y me preguntaron si yo era mejor persona después de trabajar en el proyecto humanitario y les dije al tipo No, yo soy una buena persona ¿por qué el proyecto me hizo una buena persona? Al contrario me generó muchos líos, es más si hoy me dicen de trabajar en una ONG humanitaria les digo que no, pero no me hizo una mejor persona, vieron que todos hacen proyectos humanitarios y te dicen, -soy una mejor persona ,me construyo, para mí no, yo era una buena persona, entonces a mí no me construyó, fue una experiencia.

-Esa visión mesiánica es también la que lleva a ese lugar del saber.

-Claro, tal cual.-Y que no tiene que ver con las necesidades de la gente muchas veces.

Estas acciones, que no son participación en los términos de la tesis, según Fassin (2002), poseen como móvil a la compasión hacia los que menos tienen. Las acciones solidarias (que se enuncian como forma de

participación social) no sólo no modifican las desigualdades sino que permiten reproducir el sistema, tanto por la forma en que se genera el modelo de financiación (mediante donaciones) como por las estructuras jerárquicas que llevan a cabo las acciones de salud (Médicos del Mundo, Médicos sin Fronteras, etc) (Fassin, 2002).

V. Obstáculos a la participación ciudadana en salud

Tensiones de poder “entre saludes y enfermedades”

Sin embargo, el principal obstáculo para participar en la instauración de una salud integral que construya salud, parecería ser el propio profesional de la salud, que “no está formado en salud, está formado en enfermedad para asistir enfermedades” y quién es, a la vez, el que pondría la impronta del tipo de participación que llevaría adelante el centro de salud donde se desempeña.

“Yo me iba a los Atamdos, me paraba en una cola junto a la señora con el bebito del principio y le decía -¿Por qué está acá?

-Porque tiene mocos, me respondía. Porque tiene mocos lo lleva ahí para que le den una medicina, yo que soy grande la verdad que mi mamá no me llevaba por mocos al médico.

El médico no está formado en salud, está formado en enfermedad para asistir enfermedades, está buenísimo y es lo que tiene que hacer, entonces si no atiende enfermedades y se mete en los equipos de salud sin saber, bajan los médicos hegemónicos, los ponen en la comunidad y la gente empieza a pensar como esos médicos. Entonces es un problema porque el médico no considera que bailar está bueno y qué es salud, nunca se le va a ocurrir a un médico eso” (M.S.)

Goffman nos dice que un cierto grado de acuerdo entre los actores se rompe cuando se introduce un chiste o ironía para dominar el discurso de la escena. El médico ex-funcionario del programa de Médicos Comunitarios y coordinador municipal de AMBA con voz jocosa comenta “Esto sale en *Crónica* (por el periódico local), tratá de que yo pueda seguir laburando,

necesito morfar (comer en lunfardo argentino)”. La audiencia acompañó con risas y el tema no fue profundizado por el moderador.

Este diálogo muestra claramente la tensión de poder por parte de los actores acerca de qué es salud y quienes brindan o generan salud en un equipo de salud como promoción y prevención. También refleja que la medicalización de la sociedad, “*ante cualquier duda consulte a su médico*” beneficia el bienestar económico del médico, por lo que amenazaría con la denuncia (en el periódico en el caso del chiste) de cualquier programa que atente sobre sus intereses. Recordemos que fue la corporación médica la que resistió el programa ATAMDOS.

En la siguiente cita se suma como las fuerzas globales van cambiando el concepto de salud.

“Argentina en ese contexto tiene una oferta que no tenía, está cruzada por intereses que no tenía y por supuesto nuestros gringos, la OMS y toda esa sarta de... han intervenido de tal manera que los conceptos que tenemos de salud, ... la salud es ir al médico, yo planteaba el otro día de un tipo que tiene 78 años y nunca fue a un médico ¿es sano o no es sano? Por supuesto que es sano, es mucho más sano que todos nosotros, ahora el concepto es, No va a controles no es sano, están locos.” (J.V.)

Se evidencia que los roles de quienes ayudan a curar la enfermedad se fueron desplazando, hacia una relación transaccional de la esfera de las relaciones sociales de mercado. Medicalizar es un proceso de globalización del mercado, y compite en el lugar donde se dan las relaciones afectivas. Una forma de recuperar el espacio vincular de cuidado (con todo lo que eso significa) serían los espacios reflexivos y las dinámicas para reconocernos reproductores de lógicas de mercado. Retomando los conceptos del capítulo 1, revertir este obstáculo condicionante de la participación requeriría formar personas salutogenistas y procesos participativos, en los términos que ahí detallamos.

Los actores en sus trayectorias biográficas también reflejan el cambio que Celia Almeida y otros autores describen que produjeron las fuerzas globales sobre los gobiernos del Sur a fines del milenio (Birn, 2009), (Almeida,

2002).

El rumbo de esas fuerzas se plasma en la definición de salud global establecida en 1997 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos como “*problemas, asuntos y preocupaciones de salud que traspasan las fronteras nacionales, pueden recibir influencia de las circunstancias o experiencias en otros países y se abordan mejor con medidas y soluciones cooperativas*”, (on International Health, 1997) según Anne-Emanuelle Birn, no se dice nada con respecto a la dirección, la naturaleza y las causas de esas influencias ni del significado de esa cooperación propuesta (Birn, 2011). Las expresiones dominantes de la salud global excluyen debates sobre la mercantilización de la salud, los lucros privados y el papel del capitalismo de mercado. Además, a pesar de los llamados generalizados e inspiradores en nombre de la equidad, del “beneficio de todos” y de la “inclusión de las voces del Sur”, los planteamientos predominantes guardan silencio sobre la razón por la cual, en primer lugar, se han creado desigualdades sociales en salud y cómo podrían abordarse fundamentalmente (Birn, 2009). Mientras vemos cómo la nueva salud global es indudablemente la enorme oportunidad de inversión de capital privado. Las posibilidades de ganancias rentables en el campo de la salud han sido fortalecidas por la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud con el exhorto a “Invertir en salud” (Organization & Others, 2003), propuesta que hace eco del informe publicado por el Banco Mundial con un título idéntico en 1993, como forma de mejorar la productividad económica y acumular lucros privados (Waitzkin, 2003).

Obstáculos a la participación ciudadana por la estructura organizacional que acompaña el proceso de participación

Del análisis de los documentos de ATAMDOS, vemos en la **Figura 4.5**, que para institucionalizar la participación, se reprodujo una estructura arbórea o jerárquica tradicional de organización, pero en paralelo a las instituciones existentes, si bien esta estructura se proponía transitoria, se observa que es piramidal y que posee el poder en el centro. Para un modelo de participación ciudadana esperaríamos encontrar un modelo de rizoma, que es el que logra

que en la organización de los elementos, éstos no sigan líneas de subordinación jerárquica, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro (Deleuze & Guattari, 1972, p. 13). En el concepto de redes, éstas no tienen un lugar único de poder reconocido en la organización y las redes no homogenizan las estructuras (Rovere, 1999).

Como dijimos, este es a nuestro parecer un obstáculo mayor en la implementación de una participación horizontal y generativa ya que necesita de la gobernanza del Estado sin que este tenga la centralidad del poder. Sin embargo no hay circuitos estatales que puedan acompañar estructuras con modelos de rizomas, hasta el día de hoy el Estado instrumenta sus acciones a través de su aparato burocrático vertical.

Una estructuración institucional es la forma en que se representa la fuerza que la expresa. En ATAMDOS creemos que como la intención que describen sus documentos era para la “*afirmación de un poder igualitario*”, su fuerza (y estructura) actuó como perturbadora de las otras fuerzas del sistema, las cuales reaccionaron rápidamente y el programa en el poder formal duró muy poco. Pero rescatamos que ese “golpe a las otras fuerzas”, dado con un ejercicio también de poder vertical delegado por el cargo, performó a las personas de la micropolítica que participaron de él. “*sus semillas*”.

A partir de esta referencia, nos permitimos entrar en los debates de cómo institucionalizar la participación que nos permitieran establecer conexiones más amplias con las problemáticas del poder y de los procesos generales de disputas por las formas en que el orden social es configurado y así llegamos a la recuperación de un sentido en la experiencia, más dialéctico e integrado (Jay, 2009). De alguna manera, la organización política que llevaba adelante la gestión de ATAMDOS en los barrios, en los sentidos de la experiencia de los actores que encontramos durante los momentos de la Red AMBA, permiten reconocer, que ese programa daba respuestas a problemáticas que en otros escenarios o instituciones no se venían resolviendo. También que las configuraciones biográficas de estos actores parecerían estar atravesadas por las tramas de la desigualdad social que habita y se profundizan en

nuestra sociedad. Según Reygadas (2004) la búsqueda de la igualdad se lleva a cabo por caminos diferentes y de forma multifacética (Reygadas, 2004). La afirmación de un poder igualitario requiere la necesaria búsqueda de espacios y escenas donde sea posible la tracción a favor del carácter afirmativo de la igualdad. Los ámbitos de participación se piensan y diseñan como espacios de afirmación de un poder igualitario (fuerza ciudadana) sin embargo, compartimos con Ranciè (2014):

Lo que en la actualidad está en cuestión es la existencia de lugares en que se encuentren la igualdad y la desigualdad (...) Ahora bien, hoy se advierte con claridad que hay un estallido de los lugares de dominación, lo que hace que esas escenas de encuentro tiendan a reducirse cada vez más” (Ranciè et al., 2014).

La política es entendida como el momento y el proceso que tensiona y pone en litigio a las formas en que el orden social está organizado y jerarquizado (Ranciere, 2012).

VI. Discusiones finales

Para recorrer las conclusiones del capítulo, retomamos la frase de Samaja presentada en la introducción de este capítulo, de “*la presencia del pasado en lo actual, en los ciclos reproductivos de los niveles anteriores, por medio de los cuales se mantiene lo ya existente*” (Samaja, 2016), porque consideramos que en el análisis aquí presentado, los procesos histórico-políticos que antecedieron al caso, se expresaron en los actores de las escenas. Las *condiciones de posibilidad* analizadas del recorrido previo de los funcionarios, habilitaron a que varios actores de las escenas interactuaran en el orden de fuerzas que organizan el nivel político-estatal (Tabla 3.1), porque expresaron propiedades de las fuerzas de igualdad (escucha, diálogo, construcción de categorías puente, etc). Es decir, consideramos que el hecho en sí de que se haya podido materializar la Red Pública de Salud AMBA en el 2018, es una expresión, un *ciclo reproductivo* de fuerzas no patriarcales en un intento de superar el nivel comunal, fuerzas que ya estuvieron intentándolo previamente en programas de salud estatal

(ATAMDOS, PMC). Sin embargo, si bien es posible reconocer expresiones de las fuerzas de igualdad en las narrativas de los actores de las escenas de este capítulo, a juzgar por la escena introductoria de la tesis, no se estarían alcanzando relaciones ciudadanas (Tabla 3.1) de las que puedan emerger formas democráticas de participación ciudadana, por la dominancia aún de reglas de juego de competencia y control del campo.

En ese ideal de participación ciudadana, Dulce (2001) provoca con la posibilidad de construir una *ciudadanía universal* como expresión de un único mundo interdependiente, que pueda en las bifurcaciones saltar a un nivel superior de organización (Dulce & Jos, 2001). Lejos estamos de ese ideal, para el cuál consideramos que se requieren múltiples *ciclos reproductivos* de fuerzas que equilibren el sistema y que permitan que se alcance el punto de criticidad, en tensión justa autopoiética. Creemos que el rol de las políticas públicas con funcionarios que adopten roles de facilitación de ese equilibrio generativo son parte de ese proceso para que el sistema aprenda y persista a la vez. Consideramos que en este capítulo se evidenció el valor del distanciamiento del rol⁹² logrado con dispositivos de facilitación (línea del tiempo y mesa de café con un moderador) que contribuyen a la reflexividad colectiva del rol de los funcionarios de políticas públicas. Este capítulo permitió también evidenciar el valor de las dinámicas colectivas que hacen posible habilitar la agencia individual y colectiva hacia *esfuerzos de no repetición* de acciones bajo fuerzas hegemónicas.

El análisis del marco de las experiencias de los actores nos permitió describir la tensión de las fuerzas presentes en los recorridos de los funcionarios. La tensión global-local entre la expresión de la fuerza de mercado en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la expresión de la fuerza de igualdad en la identidad latinoamericana.

Las estrategias que la fuerza de mercado introdujo para construir un cambio de marco (frame, encuadre) y desde ese contexto influir sobre el rol del médico y del sanitarista, se dieron a través de los rituales de la actividad

⁹² Ver Capítulo 3, IIa. Aportes teóricos de Erving Goffman para las dimensiones analíticas

médica y de la salud pública de los 90. Por ejemplo, la introducción de dichas fuerzas fue mediante la instalación de la MBE a través de formaciones de posgrado, que premiaban y seducían a los actores con ambiciones gentilicias de títulos y honores, para ser reconocidos jerárquicamente en su comunidad. De esta manera, creemos poder darle soporte a la idea que la hegemonía de la ciencia global se logró usando los formatos de validación de roles idealizados socialmente de las capas estratigráficas de los niveles biocomunales y culturales que describió Samaja (2004) (Tabla 3.1) Es decir, consideramos que hubo un flujo de fuerzas potenciado entre las gregarias y las globales que no estarían siendo equilibrado por las ciudadanas. Un condicionante para que no se piense y actúe a la participación ciudadana, es que ésta sería la resultante de una fuerza cuya expresión está anulada. Los funcionarios se encuentran condicionados por una legitimación de lo que llamamos, una **alianza estratigráfica** entre fuerzas gregarias y globales, ya que los funcionarios consideran que el ideal del rol es dedicar tiempo a su formación en especialidades que además les otorga “estatus” entre pares.

Además, esa alianza estratigráfica, en diálogo con los aportes de Marshall (1997) sobre las tensiones entre las fuerzas de la ciudadanía y las de mercado nos permite entender que los funcionarios pueden seguir actuando bajo el ideal del rol, porque intentan implementar programas de salud que generen, al menos, una ampliación de ciudadanía dentro de lo que las relaciones societales permiten desde lo moralmente impuesto (Marshall et al., 1997). Marshall (1997) refiere que más allá del progresivo desarrollo de derechos sociales, se encuentran profundas tensiones entre la lógica de la ciudadanía y la del mercado en “*lo que las sociedades democráticas conciben como legítimo o ilegítimo*” en relación a aquello que siendo del orden de la desigualdad social, es posible de soportar, en una “realidad” que la imponen las relaciones societales. Esta contradicción, en el interés de las fuerzas, genera una disonancia entre el “decir y hacer”, lo que lleva a que los funcionarios construyan “modelos ideológicos” (Flacks & Berger, 1983) que les permitan “hacer todo lo que está a su alcance”. Así, varios estudios

sociológicos muestran que los procesos de ampliación de ciudadanía convivieron con la persistencia de las desigualdades del sistema económico y su estructura de clases en el que se sustenta (Bottomore; 2004).

La construcción de la salud en tanto enfoque integral no encontraría reproductores en cantidad considerable para impulsar otro direccionamiento al sistema. Este enfoque requiere poder “*percibir la trama, reconocerse parte en ella y en un continuum*” para lo cual las competencias en estructurar espacios de escucha y percepción *del estar ahí* —en la trama—, no se encuentran desarrolladas; además que no se poseen los circuitos ni las herramientas, dentro de las instituciones, para dar respuesta a esa escucha, por fuera de una concepción patriarcal de dar respuesta a la demanda.

En el análisis recuperamos el lugar del rol del equipo de salud, ya sea tanto para reproducir o como para resistir la fuerza del mercado. Esta fuerza instala una participación pasiva, como estrategia globalizante del individuo, ya sea porque, como vimos, el rol médico se hace dependiente de usar tecnología en detrimento de la vincularidad, lo que consideramos que lleva a una participación con base materialista, o porque el rol del médico responde a un enfoque compasivo y participa a las personas de manera humanitaria y caritativa.

En el contexto “queda viva” la propuesta de ATAMDOS para la conformación de roles en el equipo de salud, varios actores la expresaron, con nostalgia, pero entrelazada a la esperanza de políticas públicas como la *Red AMBA*; si bien vimos que algunos actores siguen proponiendo a la participación como expresión de fuerzas gregarias, y no ciudadanas, con el fin de resistir a las del mercado, consideramos que esa forma de conceptualizarla responde a pensar el campo de poder como confrontativo y no como uno generativo.

Consideramos que el capítulo permitió comprender el valor de los roles de los funcionarios, los procesos y estructuras estatales en el encuadramiento, tanto para una gesta participativa heterárquica como para las formas actuales más frecuentes de participación que se dan bajo un poder centralizado.

Vimos que la participación en el campo de la salud pública fue ejercida por actores corporativos médicos y otros actores, que bajo el modo de hacer política de fuerzas locales gentilizadas, frente a la amenaza de pérdida de poder por el programa ATAMDOS, lo desplazaron del juego en tan solo meses; por otro lado vimos que los tipos de participación que se reproducen bajo la lógica de mercado en la praxis médica, lo hacen instalándose mediante la dominación del rol ideal⁹³ del profesional de la salud. Ambas fuerzas compiten al actor para que reproduzca su interés, pero a diferencia de las fuerzas gregarias, las de mercado generan además una ruptura de los lazos sociales (desvinculación médico-paciente, medicalización, etc).

A partir de la reflexión de los actores sobre su experiencia en Atamdos, Médicos Comunitarios y el modelo de APS cubana, pudimos describir algunos de los atributos de la participación que ya estaban presentes en esos programas y analizar algunos de los condicionantes que facilitan u obstruyen la emergencia de la PCS. También recuperamos, desde sus interacciones, las representaciones que se fueron conformando, a lo largo de la historia narrada en la mesa de café, los tipos de participación propuestos por las fuerzas globales (participación materialista y/o humanitaria caritativa).

Concluimos que, la fuerza democrática pudo expresarse a lo largo del devenir del sistema, si bien la encontramos debilitada, añorada, vimos que surgieron durante el análisis los términos representativos de la presencia, en el campo, de fuerzas estatales gobernando los vínculos sociales. Estos términos son los que consideramos resultados centrales y novedosos de esta tesis ya que, en analogía con la violencia estructural sugerimos que, la participación adolece de lugar en la estructura; “*esa estrategia*” no ha sido consolidada aún en la historia y ha estado siendo desplazada del lugar donde ocurre lo relacional por fuerzas que rigidizan o disipan al sistema. Consideramos que esa estrategia está en potencia y se encuentra en la inmanencia de las relaciones, pero que ha sido invisibilizada, como

⁹³ ver capítulo 2, II.a

consecuencia de una de las tantas formas en que se expresa la violencia sistémica.

Describimos cómo el acto reflexivo de la mesa de café permitió en palabras de Samaja reconocerse “*como ser de un proceso de reproducción*” (Samaja, 2004a), es decir como “parte” de ese proceso, y cómo, desde esa reflexión conjunta en la mesa, se comparte y legitima la pertenencia a un “*producto latinoamericano*” o “*desde el sur*” como forma identitaria, con autonomía local, resistiendo a una fuerza global “*desde el norte*”. Consideramos que las narrativas de experiencia nos permiten evidenciar la tensión entre la fuerza de mercado en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la fuerza de igualdad en la identidad latinoamericana, reconocidas estas últimas en sus cosmovisiones biocéntricas culturales. Observamos que la dominancia de la MBE en los años 90 pretendería contraponer y subsumir el saber práctico local, mientras que los actores de las escenas intentarían hacer valer su paradigma en sostener su ideal del rol de funcionarios estatales.

Específicamente en estas escenas describimos qué legitiman o denuncian los actores de las tensiones globales y locales en relación a la participación en salud y cómo posicionan, en ese juego de tensiones, a los programas de salud que llevaron a cabo en su implementación. También, analizamos cómo la contradicción de fuerzas e intereses que se reproducen en nuestros actos es reflexionada por los actores de las escenas.

Concluimos hasta aquí, que los conceptos que hacen a la participación estructural son, no sólo 1) la voluntad política de querer implementar la PCS, —condición expresada ampliamente por los actores de estas escenas, y de otros momentos participativos vividos por la *Red AMBA* en los municipios donde existen trabajadores que tuvieron la experiencia de ATAMDOS—, sino también 2) una estrategia organizacional, político-técnico-comunitaria, como andamiaje de las fuerzas de igualdad, que contrasten el poder hegemónico que expresan los actores del campo y 3) ámbitos de institucionalización y dispositivos de implementación de procesos participativos con las características necesarias descritas anteriormente (facilitación del diálogo, la escucha, crear categorías puentes,

etc). Las experiencias de crear esos ámbitos en espacios físicos con planificación paralela por parte de la gestión centralizada de la política pública y con poca intervención de las propias estructuras locales, nos enseña que lleva a la disputa del campo reproduciendo lógicas de poder de dominación donde la participación es limitada y el programa de salud es resistido.

Creemos que el desafío, presente en bambalinas⁹⁴, que se expresa en las escenas de las dinámicas de este capítulo es el de poder flexibilizar las instituciones creando confianza en nuevas representaciones a partir de interacciones sociales dentro de una política pública biocéntrica. En estas escenas, los funcionarios de las mesas de café dialogan desde un marco habitado por la complejidad, con planificación por teóricos de la gestión participativa que construyeron el guión para lograr una definición conjunta de la situación⁹⁵ y desde ese frame los actores se percibieron y describieron la medicalización de la sociedad dentro de las dificultades de las estrategias participativas.

Por último consideramos que éstos indicios serían expresión de que las concepciones del poder médico controlando la sociedad podrían ser cuestionados por los propios médicos, ya que se observa una percepción de los gestores de que “*el poder debe ser participado a las personas*”. Si bien esa es la intención discursiva, en el análisis aún se observa que se reproduce la centralización de la toma de decisiones frente a la rigidez de un sistema que no permea a nuevas formas. Para cerrar, siempre abriendo con el potencial de las semillas de Marta Santore:

-Perdón no sólo desde un término optimista si no desde un término realista, digamos, lo que han mostrado y por lo que vos decías, las semillas quedan, digamos, es algo que más allá de lo institucional, es la capacidad instituyente. (M.S.)

⁹⁴ Según Goffman, siempre hay en bambalinas una intención de lograr algo con la actuación y dominación de la escena.

⁹⁵ Dominar la situación que se vive es un concepto que utiliza Goffman para empezar a analizar los roles de los actores y actuaciones de dominación en un escena. La dominación conjunta de una situación requiere escucha y diálogo para el consenso antes que jugadas y respuestas a contrajugadas para dominar.

Capítulo 5: Condicionantes de la dimensión relacional de la participación ciudadana en salud: disrupciones al poder vertical

“La vida es puro teatro”.
William Shakespeare - 1590

I. Introducción

Nuestro aporte en este capítulo, es evidenciar, en el marco del programa *Red AMBA*, los condicionantes presentes a la hora de implementar dispositivos para acompañar procesos participativos en los municipios que adhirieron al programa. En este capítulo, esperamos poder mostrar que las reglas de juego de poder están influenciadas por los mismos factores intervinientes en las representaciones simbólicas del derecho a participar en salud, factores que explican, en parte, las relaciones entre Estado–sociedad.

Como compartimos en el capítulo 1, la participación ciudadana en salud como ejercicio del derecho a intervenir los determinantes de la salud, no es considerada una función de los sistemas de salud. Estos se piensan, en general, como respuesta a la necesidad, también en aumento, de atender las enfermedades y consecuencias de dichos determinantes de la salud, pero no para transformar los contextos donde se originan las causas de las enfermedades y así intentar modificar de raíz a los determinantes de la salud. En el enfoque biologicista predominante de los sistemas de salud, vimos que la participación social es legitimada en tanto actividad que efficientiza los tratamientos, educa en hábitos de vida individuales o realiza acciones lineales de minimización del riesgo. En las últimas décadas, como ya describimos, surge la participación de capitales privados en temas de salud, invirtiendo en ambos extremos de la segmentación desigual del derecho a la salud: por un lado se invierte en los desarrollos científico-técnicos para descubrir la inmortalidad y por otro lado se invierte, de manera transnacional mediante desembolsos filantrópicos y de organizaciones internacionales multilaterales, en planes compasivos de

salud para los vulnerabilizados por dicha desigualdad.

Pero como dijimos, nuestro recorte del tema es el interés de comprender qué condiciona institucionalizar la participación ciudadana en el sistema de salud en los temas que construyen salud. Es decir, qué condiciona propiciar espacios y formas que habiliten las interacciones sociales de aprendizaje entre distintos saberes para crear los procesos de cuidado. El foco de esta tesis, recordamos nuevamente, está puesto en *la relación entre los servicios de salud y los sujetos*, en los debates sobre las formas que habilitan las condiciones donde, *tanto unos como otros, que contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse*, puedan entrar en un proceso de conflicto / acuerdo a nivel de las representaciones sociales de la salud, para que así surjan y se potencien las estrategias de afrontamiento o saberes que cada comunidad tiene, desplazando la hegemonía médica (Scaglia et al., 2021) por un proceso democrático, de pluralidad de voces en horizontalidad y diversidad.

Nos explayamos en el capítulo 1, sobre las tensiones de poder que una propuesta con autodeterminación comunitaria conlleva y mencionamos las consecuencias lamentables de algunos intentos en la historia donde se subvertió el control (Ugalde, 1987). Posteriormente describimos, desde la perspectiva de los sistemas complejos, a las distintas formas de participación que habilitan las fuerzas que operan en el sistema, a las formas de relaciones y estructuras sociales que se fueron conformando en cada nivel evolutivo del sistema Tabla 3.1. También se describió cómo se encuentran en tensión, complementariedad y competencia dichas fuerzas, influyendo en el rumbo del sistema mediante la reproducción en el juego de las interacciones sociales de los actores.

Aportamos en esta tesis, la teoría sistémica para analizar en el material empírico, la presencia o no de un proceso que haga factible pasar de un “jugar a dominar el campo de poder con la competencia de los actores para ganar”, a un “jugar a expandir el campo de poder con la potenciación de los actores en tensión”. Como dijimos en capítulo 3, esto se logra en el punto de

criticidad del campo, que es en dónde el sistema aprende por lograr que todas las fuerzas se encuentren en su justa tensión. Con esta perspectiva teórica, recorrimos las experiencias de los programas que antecedieron la *Red AMBA*, que además de describirlas en sus formas de participar a la sociedad, encontramos algunos indicios de las fuerzas de igualdad intentando morigerar el impacto de las gregarias y las globales en el campo de la salud. De lo aprendido vimos que se denominan de diferentes maneras de estructurar los espacios que se proponen para la expresión, en tensión y conflicto, de las fuerzas que permita “*mover el entramado de poder*” porque se considera que es posible trascenderlas hacia el consenso (ese que abre a acciones creativas y formas inexistentes hasta el momento, es decir donde se amplía el campo de juego). Así, encontramos diferentes dispositivos como propuestas de tecnologías transicionales, que llevan las estrategias para ir regulando el proceso de implementación de programas, destinadas a que las reglas de juego del poder local no restrinjan, resistan o demoren las dimensiones técnicas, materiales y políticas de una implementación que pretenda dar lugar a la expresión de un poder asociativo (Chiara & Di Virgilio, 2005) (Castillejo, 2021).

Vimos también que la voluntad política para implementar políticas públicas que den lugar a que se exprese un poder asociativo no alcanza porque, según Castillejo (2021), al frente quedan los funcionarios de áreas intermedias estatales, los procesos legales, otras áreas de la administración pública, otras formas de refrendo, las fisuras sociales, los enemigos del proceso, las impunidades por ocultar, las carreras políticas por hacer y deshacer. Es decir, que frente al interés de un “*paquete de medidas transicionales que opere como una «tecnología» vernaculizada*”, las instituciones son presa de sus momentos históricos, de todo ese embrollo de intereses, de limitaciones, etc. que hace que de prospectos de lo posible literalmente se termina haciendo lo que se puede en un arreglo de complejidades cotidianas” (Castillejo, 2021).

Como describimos en el capítulo 2, sobre el caso de estudio, en su enunciación y descripción organizacional y funcional, parecería ser una

política pública que se proponía ser performativa de procesos sociales (Shore, 2010). La *Red AMBA* enunciaba la praxis comunitaria en su potencial salutogénico y no presentaba objetivos de intervención focalizados o selectivos, por enfermedades. La manera de diseñar el andamiaje de reuniones podría considerarse una tecnología transicional para consensuar la implementación local en cada municipio. Las diferentes sistemáticas (proformas, emergentes, minutas, sistemas informáticos de comunicación, etc.) construidas en los procesos participativos habilitaban la retroalimentación entre todos los niveles dónde intervenía el programa. Otros condicionantes del andamiaje estructural para la PCS fueron comentados en la descripción del caso del capítulo 2 y en el capítulo 4.

En este capítulo, vamos a analizar los condicionantes que se expresan durante la formación de promotoras y promotores de salud, por ser parte de los procesos necesarios para institucionalizar la participación ciudadana en los municipios. Para el análisis de la matriz de datos de las acciones y conductas, elegimos aquellas escenas de disrupción y consenso con el poder local que introdujo *la Red AMBA*, ya que nos permiten reflejar categorías, construidas a partir del marco teórico, que influyen como condicionantes de la participación.

Con la metodología ya descrita, que analiza la interacción y la construcción de significados como dos procesos indisolubles, creemos aportar conocimiento a lo que llamamos la dimensión relacional del sistema para la institucionalización de la PCS. Describimos las interacciones con los aportes de Goffman (1981) y con la matriz de datos de Keeney (1987) los significados presentes en torno a la participación. Recordamos que esta matriz nos permite analizar conceptos que se ordenan en tres niveles de recursión de la interacción social: la acción —o conducta del actor en la interacción—, el contexto de la interacción —que se expresa en lo que se espera o planifica que se actúe para “dominar la situación”— y el metacontexto de la interacción —que es en donde es posible observar el condicionamiento de las fuerzas sistémicas según las describe Samaja (2004) (Samaja, 2004b).

Este capítulo está estructurado en tres partes. La primera da cuenta de las **actuaciones o acciones** y permite mostrar las reglas “en bambalinas” para mantener el orden del sistema. Describimos conductas y comportamiento de los actores, rituales y símbolos de posición y tipo de poder que se expresa en las actuaciones para dominar la situación en juego.

En la segunda parte, describimos el **contexto** de la interacción como escenario transicional, desde dónde vemos que se intenta modificar la coreografía conocida e instalada por las fuerzas sistémicas dominantes. Así analizamos las intervenciones ocurridas durante la *Red AMBA* al “marco de la experiencia” (Chihu Amparán, 2018) de los actores y describimos los indicios de los emergentes que flexibilizarían a la estructura; también observamos si emergen condicionantes contextuales que habilitan o dificultan la agencia de los actores para “deponer” sus símbolos de posición en un acto de mutación de un poder vertical a uno consensual (C. L. Perlo & Romorini, 2011).

Por último, en la tercera parte, describimos la presencia y propiedades de la fuerza dominante del **metacontexto** donde se desarrolla el caso de estudio. Para ello, analizamos seis entrevistas a subsecretarios de salud o directores de APS de los municipios realizadas al año de la implementación de *la Red AMBA*.

II. Actuaciones: Acciones y conductas que facilitan o inhiben la participación: La interacción como “campo de batalla”.

Describimos la interacción como “campo de batalla” de las tensiones entre las representaciones del rol del Promotor de Salud (PS) y de la manera en que se requiere capacitar a los PS para lograr el enlace entre Estado-comunidad. En estas escenas se expresan principalmente actores reproductores de normas y roles biomédicos y por otro lado actores disruptivos a esos discursos, que invitan a un distanciamiento reflexivo del rol dominante de la promoción de la salud. La disputa es también en el campo de la participación en salud, entre el modelo utilitario, de una participación pasiva y reglada y el de un modelo de participación activa que empodere la comunidad.

Como mencionamos anteriormente, analizamos los condicionantes de la participación en las escenas a través de los rituales que se reproducen, los roles desplegados por los actores, la confianza del sujeto en desplegar dicho rol, la concordancia entre lo esperado por el sujeto entre su ideal del rol y la aprobación de 'la audiencia tácita' a la que con sus intereses le es leal (Goffman 1981).

II.a El ritual de escenificación de la disputa en la definición del rol promotor y el lugar de la participación

La siguiente escena, con sus citas e imágenes⁹⁶, pertenece a la apertura y bienvenida al equipo de promotores de salud a la capacitación, en el marco de la *Red AMBA*. La escena ocurre en abril 2018, en el primer día de la capacitación, se inicia a las 8:00 am, en el salón de actos de una universidad de un municipio. **Figura 5.1.**

⁹⁶ El total de las imágenes, fotos y videos, se encuentran en el link de Anexos.

Figura 5.1: Foto inaugural de la capacitación al grupo de municipios de zona norte del AMBA en el marco de la Red AMBA.



La definición de cómo y quienes debían llevar adelante las capacitaciones se determinó en diálogo con la Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento de la Subsecretaría de Planificación y Contralor Sanitario del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, institución que ya venían realizando esa tarea, en convenio con la fundación Garrahan,⁹⁷. Las personas ingresantes como PS eran elegidas por sus municipios y financiadas por *la Red AMBA* a través del convenio. A las capacitaciones se sumaba el equipo técnico transversal del componente Gestión Comunitaria del MOGyA de la *Red AMBA* para realizar talleres prácticos y así transversalizar el mismo modelo de participación comunitaria según los lineamientos del programa en los distintos municipios. A esta capacitación asistieron aproximadamente 60 promotores de 4 municipios (San Miguel, Hurlingham, Vicente Lopez y Morón).

Elegimos escenas de las capacitaciones brindadas por diferentes actores involucrados en ese proceso, funcionarios de nivel central y local del

⁹⁷ <https://fundaciongarrahan.org.ar/finalizo-el-programa-de-promotores-municipios-amba/>
285

Estado, médicos expertos invitados y la referida fundación que contaba con trayectoria educativa en esta formación.

Elegimos varios fragmentos de momentos vividos en las capacitaciones a promotores de salud donde esperábamos encontrar las representaciones y tensiones sobre el tipo de participación en salud que cada actor expresa.

La apertura del curso se llevó a cabo de una manera clásica, el ritual de presentaciones duró toda la mañana y seis personas dieron su discurso o presentación. El ritual lo dividimos en cuatro etapas: discursos de autoridades, clases, aspectos formales del curso y cierre. El orden de oratoria fue iniciado por una autoridad de salud del municipio anfitrión, seguido por una de la fundación a cargo de la formación, quien presentó la historia del programa. A continuación tres personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires realizaron sus presentaciones acerca del organigrama y programas del ministerio, comentaron el sistema de salud argentino y las estadísticas e indicadores de salud. Luego el coordinador del curso presentó las funciones esperables de las y los promotores de salud y las consideraciones de asistencia y aprobación del mismo. Finalmente se realizó una dinámica participativa de cierre del encuentro por parte del equipo de la *Red AMBA*.

Cada orador de la primera y segunda etapa daba un discurso de bienvenida o exposición desde un gran escenario (**Figura 5.1**), con estrado, no se hicieron preguntas u otro tipo de interacción con el auditorio. Al finalizar sus propias presentaciones pedían disculpas, excusados por la responsabilidad de su rol, y se retiraban sin entablar diálogo con el auditorio. El orden de oratorias parecía construir un ritual ceremonioso, incluía en cada discurso la lista de agradecimientos a los que precedían en el discurso y junto a los símbolos de posición, el uso del espacio y del micrófono, se sostenían las jerarquías de los roles de los funcionarios y se comunicaba la forma en que se habilitaba a los otros a participar: una forma pasiva, de escucha y sin interacción. La mayoría de las exposiciones eran autorreferenciales, mostraban números sobre la gestión que vienen haciendo, en una expresión de validarse en el rol de funcionario del orador y a la institución que representan, parecían ser

presentaciones hechas para ocasiones anteriores y con poca planificación del contenido entre los oradores:

“Bueno, esto es pura casualidad, T. presentó la misma presentación que yo, nosotros no nos habíamos hablado antes, también es pura casualidad que M. y yo estemos acá, porque la expositora iba a ser la Doctora AR que es la Directora Provincial de Gestión del Conocimiento de la Subsecretaría nuestra”. (Tercer presentador de la apertura de la capacitación)

También podemos decir que la *expositora que iba a ser* y no fue, debe ser nombrada, porque es parte de 'la audiencia tácita' a la que le sería leal. Esta conducta está descrita por Goffman(1981), quién remarca que buscamos congraciarnos con esa idea, con necesidad de aprobación por estar cumpliendo con el ideal del rol. Consideramos que ese reconocimiento nos daría sentido de pertenencia y por ende seguridad, nos sentimos “cobijados” bajo ese poder delegado al cual le somos leal por cumplir, en el rol, lo que se espera de nosotros. En la siguiente actuación, el actor, en su cargo de funcionario, demuestra conocer muy bien el *sistema*, describe los jugadores del campo y dónde se deben ubicar los PS, que *son quienes acompañan o facilitan el ingreso al sistema* de las personas. En su discurso, hay una jerarquía de actores dentro del sistema, hay un *nosotros* y *ustedes*, y las personas de la comunidad parecerían quedar por fuera y a veces entrar al sistema, con ayuda:

“Los Proveedores como les dije antes son los Hospitales y Centros de salud públicos, los Usuarios son las personas que ustedes acompañan o facilitan el ingreso al sistema. Como esto es una balanza desequilibrada, porque lo público se arregla con lo público y el resto además de usar lo suyo usa lo público, la Red AMBA, acá viene la parte buena, lo que garantiza es el ingreso al sistema de salud de cualquier persona, tenga la obra social que tenga o no tenga obra social, pero si tiene obra social el registro, el empadronamiento y la realización de la Historia Clínica, lo que a nosotros nos permite desde lo público es hacer un recupero del costo, la persona se puede atender en donde quiera pero... ¿saben qué? nosotros como trabajadores del sector público también tenemos que defender la parte pública, los atendemos de la misma forma pero con el recupero que tenemos, lo volcamos nuevamente a lo público, ¿se entiende esto? [hace una

pausa, nadie contesta] *Perfecto, sigamos.*” (Tercer presentador de la apertura de la capacitación)

Se observa una gran confianza del actor para llevar adelante su actuación, condición que resalta Goffman (2009) que se encuentra influenciada por el marco o frame (Goffman & Rodríguez, 2006). Podemos decir que, en este caso, hay un marco ideológico que le brinda encuadramiento. Marco ideológico que se observa en la tensión enunciativa entre lo público-privado, en que la actuación debe dejar en claro que el actor es un defensor de lo público y en la manera en que el actor recorta “el nosotros”. El actor considera “un nosotros” formado por quienes defienden lo público, conocen bien el sistema público y posee el poder para determinar dónde ubicar a los PS en el orden jerárquico de la línea y funciones del sistema. Es un nosotros que se valida en el saber y el lugar que se tiene para “ayudar a las personas”. De esta manera, en esa actuación se defiende el poder y se enuncia tácitamente al resto de los presentes, —a la audiencia real con quien se compite el campo y no a la tácita (a la que se le es leal)—, que quién habla es un actor portador del poder de quienes dominan el campo, aunque éstos no estén presentes.

Luego de tres horas ininterrumpidas de escucha pasiva de diversas presentaciones, en términos goffmanianos, la situación ya estaba dominada por los oradores y era factible apreciar la intención del marco subyacente al cuál los promotores sumarían su fuerza y reproducirían la estructura de poder instalada: un forma jerárquica, con una estética ordenada, silenciosa, prolija, deshabitada. Estructura que habilita el rol fijo del PS para llevar a cabo las funciones asistencialistas ya conocidas:

“...ustedes los promotores, deben desarrollar y ejecutar a través de los efectores que constituyen seguridad asistencial, los programas que lleven al cumplimiento de asistir al proceso de atención de salud de las personas que integran su población” .(Segundo presentador de la apertura de la capacitación)

Este ritual de disciplinamiento, hacia el final de la capacitación, fue puesto muy sutilmente en tensión con una suave intervención disruptiva de uno de los encargados de la dinámica del curso:

“A mí me toca la anteúltima actividad, es decir la última presentación pero no la última actividad, por lo cual voy a modo de un vendedor ambulante, solicitar su amable atención por unos minutos, sabemos que han sido sumamente interesantes las presentaciones pero también sabemos que la atención dura más o menos un bloque televisivo y como ustedes son muy disciplinados y disciplinadas, seguramente dejan su cuerpo, su mente va para otro lado y la traen de nuevo para prestar atención. Así que mi desafío después de todas estas interesantes ponencias, es ver cómo presentar algo sin que la mente vuele por algún otro lado, eso también nos sirve para pensar cuando hablamos con otros, a veces hablamos mucho y vemos que el otro se fue a algún otro lugar, que no sabemos dónde es, pero no está con nosotros.” (Coordinador de la capacitación)

Ese fragmento nos ubica en el clima de la escena, al cansancio del cuerpo disciplinado, se le suma el del madrugón, ya que como condición para ser promotor de salud, la *Red AMBA* solicitaba que las personas habiten en las áreas programáticas de los centros de salud, la mayoría eran lugares muy lejanos en accesibilidad, lo que para muchos significó varios colectivos al punto de la capacitación. Además, deja entrever muy sutilmente el desacuerdo (conflicto acallado) del coordinador de la capacitación con la extensión de las presentaciones realizadas por los funcionarios de gobierno y las interpela en plural al decir *“no sabemos dónde es [que está esa persona] pero no está con nosotros”*, expresando que las presentaciones anteriores fueron unidireccionales y que *“hablamos mucho [sin escuchar]”*. Este actor, cumplía su rol de coordinar las capacitaciones y no buscaba dominar el campo, ni tampoco competir con los actores del sistema que venían de expresar, en sus actuaciones, que definían la situación que estaba en juego: el rol del PS útil a la reproducción del sistema. Sin embargo, en la intervención del coordinador se remarca la necesidad de que las personas *“vuelvan”*, dejen de estar fragmentadas en cuerpo y mente. Esta sutil disrupción nos parece necesaria resaltarla, porque para esta tesis, el proceso

participativo se inicia en participar a esos otros a ese *estar ahí* y no a ser aleccionados en saber dónde ubicarse y cómo reproducir el sistema.

Ese “*estar ahí*”, —en términos de Federico Gonzalez (2020)— es pensado como espacios donde no normalizar un sistema históricamente desigual, donde los procesos de atención dejen de ser fragmentados y la salud segmentada. Fragmentación que al parecer también ese autor refiere que ocurre en los procesos de formación de sujetos educativos, (González, 2020) lo que sería expresión, tal vez, de un fenómeno ideológico-político más amplio que desune, rompe los lazos sociales, enfría las interacciones y anula la participación. Anteriormente compartimos que nos interesa visibilizar la responsabilidad del sistema de salud en configurar y estructurar los espacios que habiliten el “*estar ahí*”, ya que ésto condicionaría los procesos de formación de sujetos partícipes en lo que se conoce como el proceso de generar salud o salutogénesis —de la construcción de su salud y la de su entorno— (Lindström & Eriksson, 2005). En ese sentido, analizamos si hay indicios en la formación a PS de espacios, formas y símbolos de un proceso de formación de “*sujetos salutogenistas*” —término que acuñamos para referirnos a personas participativas en el proceso de salud-enfermedad-atención-remediación—.

Hasta aquí, la descripción de la escena muestra que en la propuesta dominante de cómo construir el enlace Estado-sociedad, ese “entre” no fue bidireccional, la interacción social entre PS y las personas estaba categorizada según lugar o actores, no se enseña contenido de salutogénesis, el rol del PS que se perfila no contradice y sigue reproduciendo la tradición del modelo centrado en la atención de la enfermedad.

Este ritual de largas horas de presentación de una historia institucional, sería en sí mismo un dispositivo que inhibe la participación, y podemos decir que lo hace de tres maneras: por un lado escenifica el rol pasivo del PS en cómo ocupar el espacio físico y el de la palabra, por otro lado por la activa definición que cada orador hace acerca del rol del PS, y finalmente por la ausencia total en los discursos que mencione una participación que permita involucrar a la comunidad en la co-gestión del centro de salud y de los

condicionantes de la salud que los afectan. Podemos decir que en tanto ritual es muy difícil de cambiar, es un dispositivo fuerte por estar arraigado en la cultura organizacional, inscripto en el ceremonial de la mayoría de los ministerios, es casi una religión respetar el orden de oradores por jerarquías y con lealtades discursivas a los que precedieron en el discurso. Podemos clasificarlo también como un “ritual iniciático”, de bienvenida al clan, es de tinte gregario, hegemónico y patriarcal, donde cada uno usa ese espacio para disputar con los otros el sentido de la política pública, y para definir su propio rol en la misma, un rol dominante, que subalterniza al que sigue. Pero ¿porque reproducimos ese tipo de ritual de manera arreflexiva?, ¿hay alguna ganancia para el actor al cumplir roles fijos?. Creemos que nuevos rituales, que ubiquen a la participación como “*entre bidireccional*” en las relaciones sociales, atravesarían espacios y sujetos, ya no categorizados según lugar o actores (comunitaria, social o ciudadana) sino en lo relacional y vincular porque desde ahí, de ese “*estar ahí*” emerge el cuidado de la salud desplazando a la violencia del sistema (González, 2020; Mantiñán, 2020; Paiva et al., 2018a).

De las actuaciones iniciales podemos decir que eran monólogos hegemónicos de 30 minutos, micrófono en mano, en altura (arriba de un escenario), con una gran pantalla de fondo proyectando imágenes de la disertación que iban expresando al auditorio “lo que está en bambalinas del discurso”:

“Todas estas cosas que yo les cuento son actividades territoriales y funciones de ustedes como parte del equipo de salud, pero también ustedes piensan dispositivos, trabajan junto al equipo y acá viene la sorpresa...[muestra una diapositiva que posee fotos de diversas actividades comunitarias] Se ve poquito de lejos, lo que ven allá son los chicos del área programática donde yo era el Director, que conocían por primera vez las piletas de X, eso lo generó la trabajadora sanitaria para que vean la importancia que tienen en lo lúdico de los chicos, en la recreación como parte del equipo...la que está agachada es la nutricionista, que hicimos una intervención en los jardines del área programática, hicimos peso, talla, medimos a los chicos, controlamos las vacunas y demás. Todo esto se hizo

con trabajadores comunitarios, miren lo importante que son ustedes.”
(Segundo presentador de la apertura de la capacitación)

En bambalinas vemos que: el orador exhibe su rol, muestra lo bien que lo viene desempeñando a medida que va relatando las imágenes de la presentación, muestra que ha ganado autoridad en el ejercicio del rol por su experiencia y por eso es meritorio del rol institucional logrado que además lo valida para ser reconocido por la sociedad como quién sabe hacer bien la tarea del rol y quienes no (Goffman et al., 1981).

El discurso en su retórica, construye un lugar para el promotor de salud que parecería ser funcional al sistema tal cuál está funcionando. Como vemos en la siguiente cita, se espera del promotor de salud que *tiren ideas* para diseñar acciones, pero se observa un lugar fijo en el que pueden hacerlo, el de sólo aportar ideas, porque no tienen las *palabras lindas* y requieren de quienes sí pueden sistematizar ese saber para que dialogue con las normas del sistema:

*“Yo lo que les quiero traer es un poco esto que me gustó como definición de lo que para nosotros tiene que ver un Promotor Comunitario de la Salud, es un referente territorial que tiene la competencia de generar participación y organización comunitaria, que puede intervenir en el diseño e implementación de las políticas públicas, en esto todo lo que ustedes digan y quieran proponer bienvenido sea, porque ustedes son los que conocen, **después nosotros nos encargamos de ponerle palabras lindas**, pero si ustedes nos tiran una idea, nos hacen un punteito, a nosotros eso nos une para esto.”* (Primer presentador de la apertura de la capacitación)

También vemos cómo este actor promociona (e intenta instaurar) su definición del promotor de salud, en término de roles fijos, no intercambiables, enunciado a través del binomio "ustedes y nosotros", que sería funcional, y supuestamente necesario en alianza, para el cuidado a un tercero que no accede al sistema por sus propios medios y requiere ayuda.

El rol que se espera que desempeñe el promotor de salud y que prevalece en diferentes partes de las distintas presentaciones se expresa en la siguiente parte del discurso:

“Lo que les decía M. sobre la mortalidad materna, sobre la mortalidad infantil, sobre la importancia que tienen ustedes en cuanto ayudar a la

mamá, planificar su embarazo, cuándo es más conveniente acceder a un método y demás, tiene mucho que ver con lo que van a ir viendo a lo largo de la formación con el acompañamiento del paciente, la búsqueda activa, cuando la embarazada no viene a control, ir a buscarla” (Segundo presentador de la apertura de la capacitación)

Vemos en los discursos de los oradores que no se reconocen parte del modelo social causal de enfermedades, hay un rol “puro” de atención de dolencias, que se propone necesario y como única respuesta al inevitable modelo patogénico que las relaciones sociales vienen generando en sus actividades (relaciones societales en los modos de producción de bienes y servicios).

En el discurso se expresa tabicación, compartimentalización de roles y funciones y transmite un juicio moral en esa fijeza de lo que debe considerarse un buen promotor, que parecería ser aquel que ayuda a acceder al sistema de salud.

Según Wolf, en referencia a la sociología goffmaniana, refiere que los rituales de orden ceremonial sostienen una *“moralidad laica”*, que sirve para mantener íntegros a los actores, en el *sí mismo*, durante la definición de la situación que aquellos proyectan. *“La naturaleza fuertemente regulada de esos encuentros sociales existe para salvaguardar esta moralidad difusa que resulta oscurecida y negada cuando las infracciones ceremoniales son notables”* (Wolf, 1979, p. 81)

Pero en bambalinas parecería haber también un interés a que ejerciendo el rol del PS aquí enunciado se contribuyan a mejorar los indicadores y estadísticas en salud que dan garantía de continuar a cargo de la gestión, en el poder. En el análisis del material empírico no encontramos mención a empoderar a la comunidad a que sea protagonista en determinar cómo quiere cuidar su salud y tampoco se los menciona como puentes de los recursos necesarios de esa comunidad para que el funcionario que está dando la charla pueda, en equipo y a disposición, gestionarlos en el Estado. Según Didier Fassin (2004), el riesgo de un gobierno es que se puede convertir en un sistema que permita mantener la existencia de un orden desigual en la sociedad y de legitimar este orden con soluciones que alivian

las situaciones más terribles de la pobreza, sin criticar ni cambiar la estructura. Fassin (2004) considera que es importante “*revelar los procesos por los cuales se hacen invisibles los mecanismos de dominación*” (Fassin, 2004). Creemos fuertemente que un *proceso por el cual se hace invisible el mecanismo de dominación* es el ritual escénico y discursivo que acabamos de describir dónde el actor se viste y sostiene una autoridad de poder encubierta en la legitimidad que le otorga el saber (académico y de la experiencia) que despliega en el rol. En términos de Najmanovich el sujeto estaría cooptado a tener que reproducir el sistema (Najmanovich, 2021). El actor con poder delegado por la fuerza que reproduce valida a sus subalternos, en este caso a los promotores y los suma a una causa común donde pareciera haber un tinte de valor moral y menos de justicia social, que enseña “*a darse cuenta lo importante que son*” en ese acto de cuidado humanitario⁹⁸. Para reforzar que la actuación responde a un ideal de un rol, se imprime hacia el final de la función, un tinte heroico y épico en la acción de cierre de la presentación:

“así que un poco esto que vieron es para contarles porqué estamos acá todos y expresarles de alguna manera, ahora yo me salgo de mi rol de Director Provincial y les hablo como Médico que pasó 27 años en la atención primaria [lleva ambas manos al corazón, y hace una pausa antes de seguir]: lo importante que para mí son ustedes. Así que muchas gracias” [Aplausos]. (Tercer presentador de la apertura de la capacitación)

Vemos un cierre que no abre a preguntas ni a una reflexión de cómo gestionar los determinantes sociales desde ese rol, no parecería haber un distanciamiento reflexivo de ese rol y la agencia del actor es limitada a acciones de la APS selectivas y compasivas (Guzmán, 2009).

⁹⁸ Didier Fassin considera llamar gobierno humanitario a la introducción de sentimientos morales en la política, tanto a nivel local como global, lo que tiene en general como contrapunto un retroceso de las preocupaciones en favor de la justicia social. Se tiene compasión por el sufrimiento pero desinterés por las desigualdades. Se quiere ayudar a los pobres y a los desdichados a condición de no cuestionar el orden del mundo y las relaciones de poder (Fassin, 2019).

Las fuerzas reproducidas por los funcionarios del ministerio ubican la importancia del promotor de salud como eslabón en un orden jerárquico que se inicia muy arriba, en organismos internacionales:

-T.: “Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de Salud hacen mención a ustedes, los Promotores Comunitarios, como parte del sistema de salud que son entidades rectoras, son organismos internacionales que controlan la salud del mundo y que ya los consideran desde el año ya 95, ahí se empezó a pensar en los Promotores de Salud. (tercer orador)

-S.: Vieron que son muy importantes. Organismos de prestigio internacional los menciona, son tan importantes ustedes acá, son un eslabón imprescindible del equipo y acá retomo un poco lo que dijo C. somos todos iguales, no importa que yo sea médico, que vos tengas un título universitario, formas parte del equipo de salud y tenés ideas que por ahí a mí como médico no se me ocurren.” (primer orador que interrumpe la presentación en curso del tercer orador, para enfatizar el valor de los promotores).

Quien discursa parecería auto-denominarse ser la voz delegada de la OMS en esa capacitación. Para encontrar coherencia discursiva de “*somos todos iguales*” con acciones en ese sentido, necesitamos encontrar en el material empírico algún sustento que dé cuenta del propósito conjunto en acciones en pos de lograr justicia social en los beneficiarios de la política pública. Esta apertura del curso, podría decirse que es un ritual para reconocer a los promotores como parte del sistema, y el actor que lo hace sería un emisario calificado para ello porque, como perteneciente a una institución estatal, tiene delegado el poder de organizaciones que “*controlan la salud del mundo*”. Consideramos que esta es una forma en que se expresa la alianza de fuerzas globales con las gregarias (lo que llamamos en el capítulo anterior como alianza estratigráfica).

¿Podemos considerar que al promotor de salud se le ofrece un poco de poder —para ejercerlo sobre sus subalternos— mediante un rol fijo y predeterminado, a cambio de mantener el orden y el poder que está en bambalinas?. Esto requiere mantener las asimetrías y lo retomamos en el apartado de discusión.

La escena continúa y la batalla por construir el rol del promotor de salud también. Aparecen otras expresiones en el discurso dado a continuación por uno de los coordinadores del curso:

“Parte del trabajo que vamos a hacer en este espacio es pensar en un lenguaje común, parte de nuestro desafío va a ser construir este lenguaje común, por ejemplo hoy se habló de promotores empíricos, ¿qué quiere decir eso?, los médicos usan mucho la palabra empírica, quiere decir que aprendemos haciendo, a veces el otro no hace algo porque no nos entendieron. Entonces parte del desafío de ustedes va a ser precisamente hacer ese puente con la ciudadanía que a veces no entendemos de qué nos están hablando, yo digo que a veces estamos esperando que aparezcan abajo las letritas a ver si aparece algún tipo de traducción, porque no sabemos de qué nos están hablando” (Coordinador A del curso de la fundación).

El coordinador, al no pertenecer a una institución estatal, parecería no encontrarse condicionado a sumar *“huestes a una gestión de indicadores”* (del registro de campo de una reunión de equipo AMBA sobre la estrategia a seguir luego de observar cómo se desarrolló la inauguración del curso). En este relato, aparece el rol del promotor de salud como el de un “traductor entre culturas” para que el sistema de salud pueda ingresar y llevar sus beneficios a la comunidad.

Aparece la *ciudadanía* como un objeto que el sistema de salud no entiende. La cita no hace referencia a una instancia de transculturalidad, de igualdad, sino más bien de colonización de saberes superiores que se encuentran en el sistema de salud. Ese objeto, *“la comunidad que no se entiende”* por que es ajeno al funcionario, en términos de Scaglia (2021) pasa a ser el lugar donde hacer las práctica *“podemos observar cómo la incorporación del contexto en el cual se dan las prácticas aparece bordeando un núcleo biologicista; que continúa estando en el centro. El trabajo con la comunidad se da del mismo modo en que se trabaja con el cuerpo, en donde no encontramos una reflexión sobre la dinámica sujeto/objeto”* (Scaglia et al., 2021, p. 16).

Entonces la idea es que mediante este programa [en referencia al programa de capacitación de la fundación] se promueva precisamente lo que ya hablamos todo el tiempo, condiciones más saludables de salud insertas en

la comunidad. Sabemos que cuando uno planifica sin conocer la comunidad, en realidad eso está destinado a ciertos fracasos, sabemos que solamente a partir de un trabajo desde la comunidad que conoce, es la que tiene mayor inserción y mayor posibilidad de cambio, ese es el enfoque que está precisamente sosteniendo este Programa (Coordinador A del curso de la fundación).

Aparece el rol del promotor de salud como vehículo para “insertar el cambio” en la comunidad, a la cual se la supone poco saludable y que requiere de asistencia por su incapacidad de generar su propia salud. No aparece mención a un promotor de salud que promueva la participación deliberativa en los centros de salud para que se expresen los saberes y habilidades de las 700 familias acompañadas por el equipo nuclear del que formará parte.

“Hay una serie de saberes que ustedes poseen pero lo que no tienen, a lo mejor, es tenerlos sistematizados, lo que va a hacer el programa es sistematizar todos esos saberes que uno los fue adquiriendo en las prácticas cotidianas y algunas habilidades que esperabas contribuir con algo más. Entonces se trata de promover la vida más saludable y constituirse en este nexos con la comunidad, por ejemplo con lo que hablábamos recién, este nexos que permite traer a los otros a esa promoción” (Coordinador de la capacitación).

El nexos con la comunidad al que se refiere “con lo que hablábamos recién” es la siguiente cita de una presentación anterior, que hace referencia a síntomas de broncoespasmo en niños.

“M. hablaba, la atención primaria... miren qué importante es la atención primaria, que el 95% de los casos se resuelven en atención primaria de un chiquito con infección respiratoria aguda, solamente es estando atento al aleteo nasal, a la respiración fatigada, a la hipertermia, a esa tos cargada que ustedes escuchan. Entonces ustedes que son los trabajadores sanitarios, andan por la sala de espera y a esa persona la sacan de la cola, la llevan para que al chiquito le hagan el rescate con el aerosol, ese chiquito que estuvo en el área de hospitalización y que volvió a su casa, si al otro día no volvió al control lo saben por el registro y ahí es cuando ustedes van a la casa, y también tienen que aprender a enseñar el uso del aerosol” (Segundo presentador de la apertura de la capacitación).

Muchas de las causas de ese síntoma se deben a factores ambientales (frío, humedad, aire con particulado elevado por contaminación de quema de basurales o pastizales, fumigaciones aéreas sobre escuelas, etc.), además de causas virales cuyo efecto perjudicial se encuentra incrementado también por la presencia de los determinantes ambientales descritos y por condiciones de desnutrición o malnutrición, cuyas causas, la pobreza o la falta de regulación de la industria alimentaria, se encuentran también en los determinantes políticos y económicos de la salud (Breilh, 2021). Podemos considerar que los actores de esta parte de la escena acuerdan en cómo se define la situación a juzgar por sus discursos enmarcados en el abordaje de lo biomédico, y creemos que esto se debe, tal vez, a que se le atribuye al Ministerio de Salud que sólo debe ocuparse de dicho componente. Sin embargo, se refleja en esta cita un rol al PS funcional a que la salud global penetre en la APS. Dichas fuerzas proponen una APS asistencialista y mientras el sistema sigue profundizando desigualdades. Ese rol de PS es funcional, a lo que vimos que se pretende: la instalación mundial del concepto de “*la CUS*”, cobertura única de salud como objetivo 2030 (De Ortúzar, 2018) (Health Organization, 2019). Bajo esta lógica, se propone que se capaciten a los PS en acciones que le corresponden al profesional de la salud pero que puedan ser delegadas, lo que en la literatura se menciona como APS selectiva, que abarata los costos y disminuye la sobrecarga del sistema con patologías resultantes de condiciones socio-ambientales (De Ortúzar, 2018; Guzmán, 2009).

Los discursos de los actores no parecen estar en coherencia con enseñanzas y dispositivos para la construcción de salud por parte de poblaciones (como mencionan los documentos rectores de la APS (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978). Tampoco nutrirse de experiencias de la historia de la APS reciente donde se lograron institucionalizar dispositivos para deliberar cómo gestionar los condicionantes de la salud de la comunidad junto a funcionarios estatales que “bajan” a consejos o mesas de salud y “suben” las necesidades para ser acompañadas (Kohler & Martinez,

2015). Podemos decir que en la experiencia que aquí documentamos, vemos que “el sistema no está al servicio de la comunidad” y parecería estar al revés, “una comunidad al servicio del sistema”, una comunidad que cada vez enferma más para alimentar la entropía del sistema, el cual crea dispositivos compasivos mientras no se modifique el status quo de aquellos que se van constituyendo dentro de un gradiente de niveles de élite (Mac Gregor, 2005).

La reflexión sobre el propio rol a desarrollar por parte de los promotores de salud no apareció durante la primera capacitación, como tampoco observamos durante el curso, que tuviera lugar alguna referencia a la formación en dispositivos que construyen ciudadanía. La siguiente cita resume como fueron codificados los roles y funciones de los promotores durante la capacitación:

“Las funciones de los promotores serán todas estas, no quiero cargarlos de responsabilidades pero... Facilitar el acceso a la comunidad, Comprender las tradiciones, porque uno tiene que partir de lo que hace y conoce el otro con una actitud de respeto, de confianza porque si no conocemos no podemos cambiar algo, no ir a cambiar, ir a conocer.

Comprender las tradiciones, facilitar el diálogo entre los distintos habitantes de la comunidad y los agentes, centros de salud, fomentar en la comunidad algunas pautas, siempre piensen cuando quieran instalar algo, que la instalación es siempre progresiva, no puedo venir a hacer la revolución porque lo más probable es que me bajen la cortina, lo primero que tengo que hacer es mirar de qué se trata, trabajar, pero sobre todo pensar en una progresión, porque si no tenemos ciertas dificultades. Elaborar diagnósticos, facilitar la comprensión de ciertas recomendaciones vinculadas a los profesionales de la salud y hacer el seguimiento familiar, que de esto hoy se habló mucho.” (coordinador de la capacitación).

Scaglia (2021) nos regala una comparación entre una actividad de anatomía y un proyecto comunitario de una materia universitaria pensada para la “articulación comunitaria”: *“Del mismo modo que en esos escenarios, de sujetos observando un cuerpo inerte, en este caso, las actividades de relevamiento territorial, sustraen el halo de vida social y comunitaria que está dado por los vínculos y por las relaciones sociales en cualquier*

comunidad...El empirismo que tiñe este tipo de abordaje dificulta la comprensión de dimensiones abstractas que atraviesan los vínculos sociales, y de estructuras de significación que hacen inteligible la vida social”(Scaglia et al., 2021, p. 16).

Vemos la dificultad de capacitar en metodologías que permitan construir el enlace Estado-comunidad donde el “*halo de vida social y comunitaria que está dado por los vínculos*” se exprese. En este sentido, esperaríamos encontrar referencias, por ejemplo, a lo que ya el manual de ATAMDOS proponía como investigación-acción participativa (**Figura 4.2**).

En lo que hace a cómo transcurrió la escena, hacia al final de las presentaciones, el equipo de la *Red AMBA*, propuso una actividad disruptiva para el encuadre que se había conformado ya que sin subirse al escenario, propuso una dinámica grupal musical, a dos voces, muy sencilla, seguida de la consigna sobre “*¿qué te genera salud a vos?*” donde algunas de las respuestas fueron “*estar con mi familia*”, “*bailar y cantar*”, “*reirme con amigos*”, “*el fútbol con amigos de los domingos*”, “*hacer radio*”, respuestas que una a una se iban hilando con el contagio emocionado de revivir esos momentos. Cabe destacar que en la lista de 50 frases registradas no encontramos ninguna que nos permita hacer referencia a “*asistir al centro de salud*”. **Figura 5.2.**

estrategia para representar la situación, su historia captura la yuxtaposición de los eventos en el tiempo, el 'next-next-next' de la experiencia temporal. Esta estrategia de representación permite al investigador construir nuevos modelos de la situación desde las historias que contaron ...conducentes a la utilización de nuestras comprensiones de la reestructuración del encuadre”(Schön, 1979, p. 26).

II.b Encuadres en conflicto: Modelo Médico Hegemónico - Modelo Salutogénico Comunitario

A continuación en el registro de una escena⁹⁹ del curso de formación de promotores de salud, mostramos la yuxtaposición de dos formas de participar en una capacitación que nos permite entender la reestructuración del encuadre que va ocurriendo para que las interacciones se flexibilicen. El proceso de esta descripción temporal muestra cambios en la dominación de la situación en función de la tensión entre el saber del MMH¹⁰⁰, — representado en una clase a cargo de un médico— y lo que llamamos el saber del “Modelo Salutogénico Comunitario, (MSC)” —representado en un dispositivo presentado por el equipo técnico de la *Red AMBA*—.

La escena de la tercera jornada de capacitación a PS de zona norte comienza con una clase magistral dictada por un médico de unos 65 años, presentado por el coordinador del curso con un amplio curriculum de años de trabajo en un hospital prestigioso, haciendo referencia al *“honor para los presentes de poder contar su presencia”*.

“El salón estaba completamente lleno...El docente hablaba de una manera que no era fácil de entender, por un lado porque no tenía muy buena dicción, en el sentido que hablaba bastante rápido, y las palabras quedaban como pegadas. Por otro lado utilizaba un lenguaje muy técnico: hablaba de reacciones enzimáticas, de nombres de hormonas, de metabolitos y de nombres complejos.

⁹⁹ el registro de la actividad fue realizado por la directora de la tesis doctoral a pedido de la autora, por su dificultad de controlar su sesgo en tanto gestora del dispositivo para la expresión de un “modelo salutogénico comunitario”

¹⁰⁰ descrito con anterioridad en esta tesis

Todos tienen un cuaderno y están tomando nota. Algunos toman fotos de las diapositivas del power point. Da toda la impresión que la gente está poniendo esfuerzo en entender... (registro de campo de la 3ra capacitación).

El registro recalca la dificultad de relacionarse entre los presentes, donde el lenguaje técnico parecería tener la función de expresar la jerarquía del saber del docente sin indicios de necesitar buscar feedback sobre el aprendizaje en el auditorio que ese lenguaje habilitaba.

Se observa que se construye una distancia relacional que parecería además necesitar posicionar el discurso como una verdad absoluta, para lo cual utiliza el “miedo”, “obediencia”, “conducta higienista”, emociones discutidas ampliamente por los historiadores de la medicalización social como una forma de poder de control (Valle, 2014):

El docente estaba hablando de pesquisa de enfermedades raras. [realmente me llamó mucho la atención que en un ámbito orientado principalmente a atención primaria comenzará hablando de enfermedades poco frecuentes. Pero después, en el intervalo, me comentó que es pediatra y se ha especializado en enfermedades poco frecuentes...].

...Habló también sobre la importancia de la detección precoz de chagas. El mensaje que transmite es de miedo. Mientras hablaba de chagas P. le marca la necesidad de no asustar, pero el docente insiste en “la necesidad de transmitir a los pacientes mensajes que no dejen dudas, para que sepan cómo actuar”.

Transcribo algunas frases textuales, [lo que dice me hace acordar a mis clases de bioquímica de la facultad de medicina]: "ha aumentado mucho la sífilis", "dañado de por vida", "galactosemia ... un error de la naturaleza. los chicos no pueden tomar el pecho materno..." En un momento [en lo que considero que es el colmo de la estupidez] pregunta al auditorio si conocen la diferencia entre sensibilidad y especificidad. (registro de campo de la 3ra capacitación)

La interrupción a la exposición fue realizada por P., una técnica de la Red AMBA, socióloga con amplio trabajo comunitario en Chagas en el norte argentino. El pedido de no abordar la enfermedad desde el miedo parecería no haber modificado el discurso del docente. La participación de P. podemos considerarla como una disrupción a la forma en que se propone la

capacitación, un intento de flexibilizar el mensaje, abrirlo al diálogo con otras miradas. Vale aclarar que poner la voz dentro de ese monólogo, requirió un tono enojoso y combativo de la técnica, que no pasó desapercibido y generó murmullo en el auditorio, pero no logró iniciar un debate. Otras intervenciones que ocurren al discurso tampoco logran modificar el proceso docente:

“Las alumnas hacen muy pocas preguntas, pero cuando preguntan el docente las interrumpe, básicamente porque no las deja terminar de hablar. Por ejemplo cuando se habla de sífilis una trabajadora social dice ... "son los hombres los que más cuesta que adhieran al tratamiento" "la medicación es muy difícil de tomar"... A pesar que coincide con el mensaje que transmite el docente, no se establece ningún tipo de diálogo, ya que el docente sigue hablando de manera in-interrumpida.

Cuando habla de la "muerte súbita del lactante" se genera aún mayor interés. Habla de la relación entre tabaquismo pasivo y la muerte súbita, ... de la relación entre dormir boca abajo y muerte súbita. Se escuchan murmullos, con esto logra llamar la atención [desde mi perspectiva es un golpe bajo, bajísimo. hablando de la muerte del RN logra concitar la atención del auditorio, y a mí entender también el miedo]. P. trata de comentar la necesidad de no culpabilizar a la madre, momento que aprovecha el docente para remarcar muy enfáticamente la importancia que los padres sepan esta información, de transmitir la información con la mayor precisión posible, para que luego puedan decidir. dice textualmente "ser taxativo" "ser terminante". [a esa altura ya no lo aguantaba más]”. (registro de campo de la 3ra capacitación)

Nuevamente ocurre otra interrupción de P., esta vez contrastando el mensaje del médico por culpabilizar a la víctima, es otra vez un pedido de contemplar otro punto de vista, sin embargo el docente vuelve a su postura, la cual pretende instalarla como verdad única “*taxativa y terminante*” sin reflexión, parecería muy confiado del rol que ejerce, está cómodo, parecería no cuestionarse si hay otras formas de abordar el problema, lo que a la vez revalida la estructura que lleva tantos años necesitando reproductores del poder patriarcal hegemónico (Lerner, 1990). En un intento de trascender opuestos, rescatamos la persona que estaría detrás del rol en la propuesta de Goffman (1974):

“Hay una tendencia a asumir que, si bien un rol es algo puramente social, la marioneta que lo encarna, la persona, es siempre algo más que social, más real, más biológico, más profundo, más genuino...y el jugador y el rol en que actúa deberían verse inicialmente como cosas igualmente abiertas a la posibilidad de ser explicadas en términos sociales” (Goffman, 1974, p. 270)

La posibilidad de habilitar “al jugador” por fuera del juego de las representaciones se logra por el trabajo de pasar de un frame a otro para interpretar una secuencia de acontecimientos (Wolf, 1979). Vemos que no parecería alcanzar con que la situación dominante de la escena se vea interpelada con acciones disonantes y disruptivas que no fueran corregidas o neutralizadas por el actor. En este caso, para volver a estabilizar el dominio de la situación se observan acciones normalizadoras, el docente parecería que logra corregir el rumbo con su propia actuación de rígido y “que no escucha” y es el último en expresarse.

Podemos decir que en esta primera parte es una clase donde se observan roles de superioridad, símbolos de jerarquía, actos de imposición, acciones normalizadoras, conductas de sumisión sin derecho a réplica. Que el docente era varón y las interrupciones a la dominación de la situación la realizaron mujeres.

Sin embargo, la segunda parte de la capacitación estaba enteramente a cargo del equipo técnico de la *Red AMBA*. De la segunda parte de esta escena, en esa *yuxtaposición de los eventos en el tiempo, el ‘next-next-next’ de la experiencia temporal (Schön, 1979, p. 28)* describimos cómo el proceso pasa al otro lado del binomio, se expresan interacciones horizontales gracias un cambio en el contexto (frame) de la escena, que flexibiliza la participación:

Durante el intervalo, las personas miran la mesa en la que están expuestas las cosas que trajeron Z, P y S, sacan fotos a cada una de las hojas del recetario de diabetes, tocan las muñecas. Se las ve interesadas. [me da la impresión que es gente que se interesa por las cosas].(registro de campo de la 3ra capacitación)

El espacio y la dinámica permitía la expresión de la agencia de las personas. Luego del rol pasivo, de alumnos, en la primera parte, eran invitados a interpelarse por una mesa de “recursos”. El hecho que saquen fotos a ciertas cosas en detalle, desde su propio interés, nos parece un punto de enlace entre sus propias herramientas con una tarea específica del promotor.

Luego comienza la 2da parte de la actividad, al comienzo de la actividad las sillas se ponen en ronda...Veo que las y los alumnos se acomodan naturalmente en las sillas que ahora están en ronda, como si para ellos este cambio no implicara nada en particular....(registro de campo de la 3ra capacitación)

La disposición de las sillas en ronda, la invitación a circular para extrañarse de “*las cosas que trajeron*”, es una acción de habitar el lugar, ver y verse en la actividad. Es la segunda actividad, es ruidosa, incluye risas, permite continuar con el café del intervalo, ocurren diálogos entre las personas y las técnicas según la curiosidad que despiertan “*las cosas*”. Esta actividad, si la categorizamos dentro del ritual normalizador de la primera actividad se la podría considerar, que por ser segunda, es de menor importancia que la exposición académica, que se brindó en la primera parte, y por ende hasta este momento no es disruptiva de “ese orden” (donde se acepta una parte práctica luego de una teórica).

Luego la obstétrica del municipio hace una presentación. A diferencia del médico, ella está sentada en medio de la ronda, y habla con voz clara, se entiende bien lo que dice. Explica cómo se organizan los centros de salud del municipio donde se dicta el curso en relación al embarazo de bajo riesgo. [me da como una sensación agradable, a diferencia del médico se dirige claramente al auditorio, y transmite información que me parece útil y comprensible]. (registro de campo de la 3ra capacitación)

Z toca con la flauta traversa "duerme negrito",...[siento que el ambiente me cambia, creo que al resto del auditorio también, es muy linda y suave la canción. invita a relajarse, a asentarse]...al finalizar la gente aplaude espontáneamente, aparecen sonrisas muy amplias y muy generosas. (registro de campo de la 3ra capacitación)

Luego P explica la importancia de lo que están enseñando para acompañar a la crianza como promotores, y pasa las muñecas de trapo, y las asistentes

comienza a pasarse las muñecas, las tocas, las miran. Algunas se las quedan durante toda la actividad, como acunándolas. A medida que transcurre la actividad, ya todas comienzan a sonreír. Z canta las canciones de cuna. Allí muchas y también algunos varones comienzan a filmar la canción. Varios acurrucan a las muñecas. Allí muchos y muchas parecen embelezados. A mí se me pasó toda la chinche que me daba escuchar al médico. (registro de campo de la 3ra capacitación)

Ahora el contexto (dominado por el dispositivo de la *Red AMBA*) parecería habilitar condiciones para que las interacciones, se flexibilicen y permitan expresar nuevos significados, que agrupamos bajo el MSC: la música, el canto, la ronda, la mirada, el encuentro, el calor, las risas, etc; varios conceptos que se encuentran expresados en la nube de palabras como generadores de salud obtenidos de la dinámica realizada en la primera jornada de capacitación **Figura 5.2**. Según refirió el equipo técnico de la *Red AMBA*, este tipo de dispositivos para las capacitación fue planificado de manera práctica para activar el diálogo de saberes con la intención de contrastar el MMH que se venía instalando en las dos jornadas previas de capacitación.

Aún si los actores principales con poder no “deponen” los beneficios de su condición del rol durante el transcurso de la situación, el contexto que genera la dinámica propuesta por la *Red AMBA* seduce e invita a todos los actores secundarios. Sin embargo la escena muestra conductas en actores que parecerían negar las acciones que se están llevando a cabo en esta segunda etapa por los docentes de la primera parte de la escena:

El pediatra está con el celular, no presta atención, el coordinador está enfrascado en su computadora. Una de las asistentes, que tiene abrazada a la muñeca, cuenta de un programa que dice que es necesario abrazar a los niños.

Allí Z los invita a bailar la canción de cuna. Todas arman fácilmente la ronda, se suman todos y todas, excepto 2 varones al fondo del salón. Se las ve muy dispuestas a participar. [las veo muy permeables, le digo a S que son como esponjas, me da la impresión que tienen interés en todo lo que pasa]. (registro de campo de la 3ra capacitación)

También podemos decir que las promotoras se adaptaron con interés, tanto a las propuestas verticales como a las horizontales, pero parecería que se expresan y se manifiestan en las horizontales. Los promotores varones parecerían tomar distancia de la actividad, al igual que los dos varones docentes, lo que podría estar expresando un condicionamiento cultural que no los habilita a participar de actividades que no están asignadas a su condición. Las actividades referidas anteriormente del MSC son consideradas de cuidado y éste posee un sesgo de género en la sociedad, actividades que recaen sobre las mujeres.

Cuando hacen el baile de la canción de cuna, el pediatra comienza a mecerse y yo también. Realmente las sonrisas son enormes, el ambiente es muy agradable, logré distenderme. Son las 11:15, y me tengo que ir. me voy con una sensación muy linda. (final del registro de campo de la 3ra capacitación)

La música y la dinámica circular pero sobretodo la insistencia de las mujeres a cargo de esa capacitación a que se compartan experiencias de crianza, pareciera que logran introducir un cambio, ahora de una manera no disruptiva sino legitimada, al marco establecido por el MMH de cómo se enseña el cuidado del niño sano. En términos goffmanianos podríamos decir que la definición de la situación cambió hacia el final (Goffman et al., 1981). Para esto fue necesario una especie de *modus vivendi interaccional* (Ibid, página 21), para lo cual: 1) se requiere que varios actores puedan apoyar con sus actuaciones la nueva definición de situación que se introdujo, 2) lograr armar un nuevo escenario al del aula clásica (la sillas se pusieron en redondo, la mesa con recursos y actividades musicales, dinámicas de grupos, etc) 3) se propuso otro juego de la información “*se restablece la simetría del proceso de comunicación y se prepara la escena para una especie de juego de la información, con un ciclo potencialmente infinito de secreto, descubrimiento, falsa revelación y redescubrimiento*” (Ibid, página 20) por último, 4) se requiere que no se pueda interpretar una confrontación al poder “*También existirá un verdadero acuerdo en lo*

referente a la conveniencia de evitar un conflicto manifiesto de definiciones de la situación” (Ibid, página 21)

Esta construcción de un nuevo frame, creemos que permitió observar a “la persona que está atrás del rol”, *“al pasar de un frame a otro debe interpretar una secuencia de acontecimientos donde se modifica la implicación de los actores en la nueva situación dejando entrever aquellos aspectos que cambian en esa movilidad de actuación” (Wolf, 1979, p. 67).* De esta manera creemos que se fue habilitando el movimiento de roles iniciales *“el pediatra comienza a mecerse”*. Imagen que consideramos un indicio de haber configurado un espacio que habilite el *“estar ahí” (González, 2020)* ; es decir “un ambiente” que invita a percibirse como sujetos presentes, perceptivos que invita a asentarse: *“siento que el ambiente me cambia, creo que al resto del auditorio también; es muy linda y suave la canción. invita a relajarse, a asentarse”*. ¿Podemos considerar este proceso como un indicio de las condiciones iniciales para habilitarnos a dejar de normalizar al sistema históricamente desigual?, ¿Fueron de alguna manera los sujetos igualados por la música, las sensaciones, las emociones junto a los saberes presentes en torno a cuidados compartidos?. Creemos que lograr condiciones de paridad desde el marco, sería un paso necesario hacia una *participación generativa*, aquella que consideramos que se logra de *“la definición de una situación proyectada por los diferentes participantes armonizada suficientemente entre sí como para que no se produzca una abierta contradicción. No quiero decir que existirá el tipo de consenso que surge cuando cada individuo presente expresa cándidamente lo que en realidad siente y honestamente coincide con los sentimientos expresados. Este tipo de armonía es un ideal optimista” (Goffman et al., 1981, p. 21).*

II.c Integración cognitiva de encuadres en conflicto

La convivencia de los dos tipos de modalidades en la escena (MMH y MSC) podría pensarse que sería posible en términos de Schon (1979) que propone

”una clase de trabajo cognitivo común a la integración de los encuadres en conflicto y a la elaboración de la metáfora generativa [construcción de nuevas maneras de ver el fenómeno a partir de analogías, o de binomios dilemáticos], para la ‘reestructuración de encuadre y coordinación de encuadre’” (Schön, 1979, p. 29).

Creemos que con la construcción de ambientes y contextos sería posible que al menos por momentos los roles rígidos se depongan, los actores modifiquen sus actuaciones sin sentirse amenazados y los símbolos de poder no sean necesarios imponerlos cuando los contextos construidos por la política pública requiera de actuaciones y roles “fluidos”. En palabras de Fuks, la posibilidad de diseñar esos contextos requiere de voluntad política y de artesanía local (S. Fuks, 2009).

En la siguiente cita, de la directora de un centro de salud, consideramos que aparece una propuesta de cómo iniciar el proceso para la resolución de la tensión de miradas y surge el respeto hacia esa otra forma, como primer paso:

“cuando una mujer oriunda de Bolivia viene tímidamente y le dice al Pediatra, «-No, yo le doy una mamaderita con un yuyito que le preparo» y el pediatra explota de ira, ahí me parece que es la brecha donde uno tiene que desde el respeto, por eso digo que es el respeto lo que rige esta concepción, poder entender que desde el modelo hegemónico médico, el pediatra tiene la solvencia y la fundamentación para reaccionar con irritabilidad, pero me parece que existe esta brecha desde donde el otro desde su saber y su conocimiento está” (Directora centro de salud del cual se narró la escena de la introducción).

Esta propuesta de respeto, conlleva a una acción concreta, “no imponer, no categorizar” sobre aquello que se va a escuchar de la comunidad, pero también en ese acto, la directora parecería invita a una actitud “valiente” para acercarse a ese vacío “sin sus armas, sin su tan protector MMH”. Creemos que animarse a la incertidumbre de lo que podría emerger de un

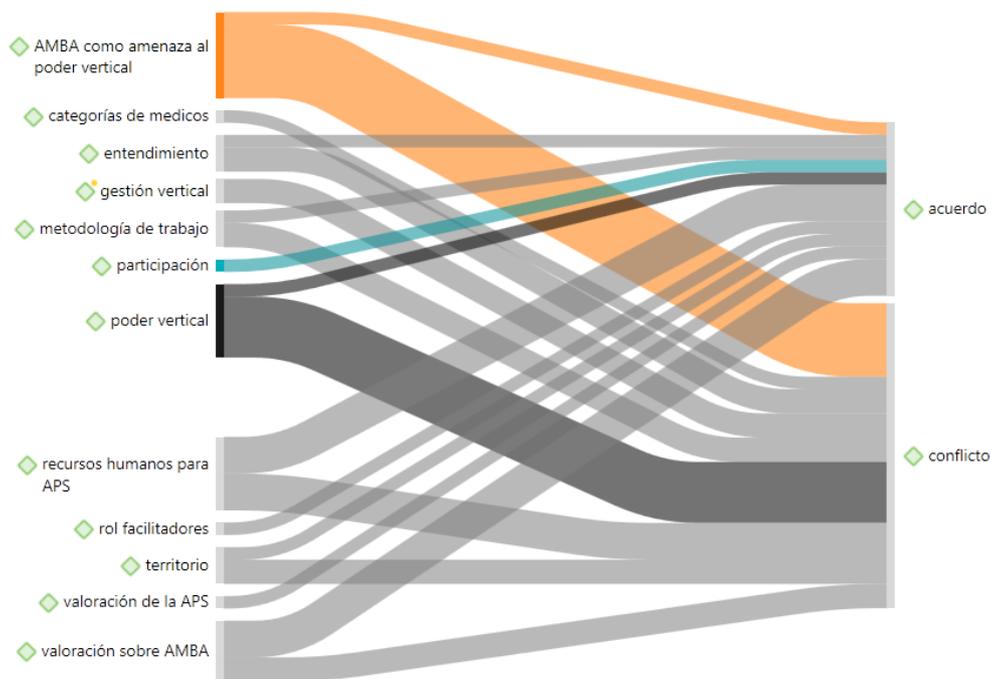
vínculo simétrico, requiere de valentía, de confiar en que deponer “las armas de dominación que nos presta el MMH” es posible, es y necesario reconocer como urgente, si pretendemos que se materialicen las formas que hacen los puentes. La directora, licenciada en trabajo social, es cuidadosa y ambigua sobre la fundamentación que otorga de que el MMH habilita a reaccionar con irritabilidad, Goffman (1981) remarca que es el distanciamiento del rol realizado como un experto, socialmente validado, lo que permite criticar ese rol con el aporte personal y así evolucionar la concepción social hacia un nuevo “rol ideal”. Ella parecería pararse desde su rol de directora, en ser la voz de esa paciente, y desde ahí reclama igualdad y respeto.

También, el último “momento participativo” del registro de la escena de la tercera capacitación, además de ser codificado como propiedad del MSC, fue codificado, de manera co-ocurrente¹⁰¹, como conflictivo con el poder vertical, porque la tensión no se resolvió, convivieron ambos modelos de manera secuencial pero no se llegó a un acuerdo donde ambas formas pudieran reconocerse y trascenderse. De esta manera, también fuimos analizando otras bidimensionalidades que se ponen en juego durante la escena. Del análisis de jerarquización y co-concurrencia de conceptos podemos observar que está presente, el binomio “conflicto - acuerdo con el poder vertical”. **Figura 5.3** y analizar en las citas si hay indicios hacia *“una clase de trabajo cognitivo común a la integración de los encuadres en conflicto”* o que simplemente *“cada participante reprime sus sentimientos sinceros inmediatos y transmite una opinión de la situación que siente que los otros podrán encontrar aceptable. El mantenimiento de esta apariencia de acuerdo, esta fachada de consenso, se ve facilitado por el hecho de que cada participante encubre sus propias necesidades tras aseveraciones de quien domina la escena, que expresan valores que todos los presentes se sienten obligados a apoyar de palabra”* (Goffman et al., 1981, p. 21).

¹⁰¹ Se utilizó un análisis de co-ocurrencia de códigos, en columna se expresaron los códigos “acuerdo” y “conflicto” y en filas los mencionados a la derecha del diagrama de Sankey (Atlas ti 23)

En base a estos datos, definimos que un momento participativo es conflictivo cuando la situación de la escena muestra que hay tensión que no se resuelve, queda desacuerdo o se domina la escena sin lugar a la voz de otros actores; y consideramos que una situación habilita el acuerdo cuando en la escena se observan características de interacción con escucha y expresión de voces diversas, aunque la acción final no se logre determinar como una *participación generativa*. En el gráfico podemos observar una co-ocurrencia en los momentos participativos codificados como situación donde se ejerce poder vertical por los actores que dominan la situación y como situación en conflicto por la tensión de propuestas/acciones disruptivas de *la Red AMBA*.

Figura 5.3: Diagrama de Sankey para el análisis de co-ocurrencia entre el ejercicio de un poder vertical y la manera en que se definió la situación del momento participativo (acuerdo-conflicto) frente a la tensión disruptiva de la *Red AMBA*.



Del análisis de la co-ocurrencia, obtuvimos la siguiente cita que nos permite describir cómo la *Red AMBA* entraba en conflicto con la lógica instalada, lo

que nos permitiría considerarla como un disruptor que dinamizaría las proyecciones realizadas sobre una situación al introducir conflicto, y por ende movimiento, que podría abrir la oportunidad a un proceso que dé lugar al consenso hacia nuevos encuadres:

“Entonces esas cosas son las que para mi gusto no están tan buenas pasaron hacer agentes municipales [en referencia a los profesionales de la salud contratados con el financiamiento del programa] pero lógico pasaron a tener todos los beneficios también que tiene el municipal, desde tomarte un artículo¹⁰², tener días por enfermedad, familiar enfermo, por fallecimiento, una lógica, pero en el área de salud te complica bastante porque yo, administrativa, faltó y no pasa nada, ahora un médico falta y me queda el tendal.” (Secretaría de Salud - Municipio “D” Segundo Cordón AMBA)

La cita anterior muestra el problema visto desde la perspectiva del actor que encarna el rol de gestor local del sistema con mirada gerencial, podría decirse que se asemeja al relato de una persona que se considera “dueña” de una empresa (“*me queda el tendal de pacientes*”) y los profesionales parecerían ser considerados instrumentos para esa tarea (respuesta a la demanda de servicio) cuyos derechos laborales parecerían ser una barrera para “la producción” de esa empresa y con quienes no se necesitaría compartir y consensuar las acciones para gestionar el primer nivel de atención de la salud de otra manera que la de responder a la atención biomédica de la enfermedad. Se observa que la *Red AMBA* introdujo otra forma “*que no está tan buena*”, se reconoce que hay tensión por esa forma, lo que creemos es un primer paso para el inicio de esos procesos de integración de encuadres, como parte de la estrategia para implementar la PCS.

La siguiente cita ejemplifica la tensión que la *Red AMBA* generaba a ciertas gestiones locales que limitaba el acceso a derechos en los temas de reproducción sexual en centros de salud:

¹⁰² “tomarse un artículo” hace referencia a los artículos del contrato laboral donde se especifican los derechos del trabajador a ausentarse por temas como “casamiento, fecha de exámen, etc”.

“...incluso algunas de las chicas [en referencia a las facilitadoras de la Red AMBA] se fueron o tuvieron que entender que esto era una metodología de trabajo y había que sacarle el tinte político. Este municipio no está a favor del aborto¹⁰³ entonces muchas de las políticas que se hacen van en rumbo a eso y quizá alguna de las chicas pensaban de otra manera y eso generó algunos contratiempos y ahí también es cierto que entiendo que somos la prueba piloto y uno tiene que permitirse prueba y error...pero eso genero que termine siendo, para los que residen acá, como una mala palabra AMBA.” (Secretaria de Salud - Municipio “D” Segundo Cordón AMBA)

La tensión con la gestión local de la propuesta de la *Red AMBA*, parecería llegar a un punto que rompe, sin conciliación y se alejaría del punto de criticidad donde las polaridades en movimiento fueran posibles de ser incluidas en nuevos encuadres. La tensión aumenta en esta cita, se pasa de la anterior que consideraba que hay *cosas que no están buenas* del programa a que el mismo terminó siendo *una mala palabra*.

Consideramos que hasta acá podemos decir que introducir conflicto es una manera de generar movimiento sobre la rigidez del sistema, pero para lograr un nuevo encuadre como emergente de un proceso autopoietico tal como se refiere en el capítulo 3, se requeriría facilitar el punto de encuentro y evitar que se acalle la posibilidad del binomio conflicto-acuerdo por la violencia ejercida de una postura dominante. En el siguiente apartado describimos algunos intentos por parte de la *Red AMBA* de construir desde el contexto la viabilidad de interacciones habilitadas que expresen el proceso existente entre el conflicto-consenso.

III. Contexto

III.a Expresión de las fuerzas de derecho en un poder horizontal

Recordamos de los capítulos anteriores que el contexto influye en la manera en que determinamos las categorías de nuestra experiencia cotidiana¹⁰⁴ y

¹⁰³ La ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Ley 27.610, entró en vigencia el 24 de enero del 2021 en todo el país.

¹⁰⁴ Cada situación está diferentemente enmarcada por las personas que interactúan, sin embargo en la vida cotidiana se comparten ciertas normas culturales establecidas para los

que es desde el contexto en dónde existiría la posibilidad de intervenir las prácticas sociales al habilitarse la posibilidad de crear nuevas categorías con las que ver el mundo (S. I. Fuks, 2017).

También recordamos que el análisis de marco o de contexto, se puede realizar a partir de los actores ya que éstos lo necesitan reproducir para tener estabilidad y certezas, lo que a la vez permite estabilizar la estructura del sistema, si bien como actores tenemos lugar a nuestra agencia (nuestro “toque particular” en el rol que desempeñamos) siempre estamos respondiendo a la estructura cultural y sociopolítica que nos dificulta salir de ahí por nuestras propias necesidades de evitar un “salto al vacío”, aún cuando no estemos cómodos en el rol que desempeñamos (García, 2011). Respondemos al marco que consciente o inconscientemente adherimos por ejemplo en la forma en que nos vestimos, actuamos, saludamos. Es decir los marcos permiten esclarecer un contexto determinado, estabilizando el orden social en los procesos culturales existentes en la vida cotidiana.

Un marco hace que los acontecimientos tomen sentido, y es posible facilitar que el actor reflexione sobre el sentido de sus acciones determinadas por el contexto y así pueda habilitarse la agencia del actor en sus posibilidades de transformación de su realidad (Wolf, 1979). Para esta tesis, es en las posibilidades, que habilitan las políticas públicas, de construir esos espacios con agencia y reflexividad, donde las fuerzas democráticas podrían ser reproducidas en los roles que ejercen los funcionarios. Consideramos que los programas actuarían desde el contexto habilitando nuevas interacciones, bidireccionales, entre los actores.

Desde esa perspectiva descrita, consideramos que la *Red AMBA*, con su metodología de gestión, influiría principalmente perturbando el contexto, desde donde habilitaría un mayor grado de participación en las interacciones.

diferentes roles sociales que se construyen a partir de acciones esperadas para cada rol, realizar la acción esperada para un rol suele estar acompañada de buscar la aprobación de un modelo social que está organizado en una tradición moral de la comunidad, que se transmite en las narraciones populares, en las escuelas, en los libros de culto, en la vida cotidiana, etc. Jorge Galino fácilmente ejemplifica el concepto de marco o contexto: “*los niños de primer grado de una escuela 'no se saben alumnos presenciales' si empezaron la escolarización durante la pandemia y en virtualidad*”.

Vemos así, tres formas de intervenir el contexto:

En primer lugar podemos describir que parte de la estrategia que se utilizó, para que el poder local tenga interés en implementar el programa, fue **construir los acuerdos de implementación** entre el coordinador general y cada intendente de los 21 municipios ingresados antes de firmar el convenio entre la jefa de gobierno de la Provincia de Buenos Aires y el intendente de cada municipio. Si bien el convenio garantizaba los recursos económicos y humanos para la dimensión estructural de la PCS, también construía un contexto de relaciones, donde tanto a nivel macrogestión como de la mesogestión, se participaba a los funcionarios interjurisdiccionales. Esta acción fue una reconocida diferencia en relación a otros programas verticales de salud que “bajan” desde el Ministerio de Salud de la Provincia, y que deben ser instrumentados localmente de una manera determinada centralmente en cómo gestionar una enfermedad:

“Claro, para mi eso es una cosa interesante, porque no es que viene el programa, vienen y te lo imponen, y bueno, lo tenes que hacer como el PRODIABA¹⁰⁵, sino que es un convenio, y siempre hicimos hincapié en eso, si esto funciona aca, si esta el programa, es porque el intendente quiere, todo el ejecutivo quiere, sino quiere, no está, entonces esto es importante, porque tener por un lado la pata municipal y la pata provincial de trabajar en conjunto...” (Subsecretaria de Salud, municipio “A” segundo cordón)

Vemos que el entrevistado reconoce que la *Red AMBA*, no imponía el programa y respetaba la autoridad local, lo que sería una condición para *“trabajar en conjunto”*. Sin embargo, la negociación de los alcances de una implementación con participación deliberativa de todos los actores de la red parecería estar lejos de incluir otros niveles de actores. Según vemos en el análisis del material empírico, el programa era aceptado en todo aquello que aportaba recursos pero encontraba resistencia cuando se lo consideraba como una amenaza a la gobernanza del municipio:

¹⁰⁵ Programa del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para el tratamiento de pacientes diabéticos.

*“Mirá aportes hay [en referencia a la Red AMBA], vuelvo a decirte esto de tener consultorios excelentes, que la gente pueda tener una historia clínica y que se pueda hacer el seguimiento de una enfermedad, me parece perfecto, me parece que tendría que haber sido un poco más ajustadito. Cuando te digo ajustadito, te digo cuando se toman los médicos, los médicos pusieron qué horarios podían trabajar, o sea no estuvo **el médico al servicio del sistema, el sistema estuvo al servicio del médico**, eso no me parece bueno”* (Subsecretaria de Salud, municipio C segundo cordón).

La valoración del profesional de salud tenía lugar en las entrevistas individuales que el área de recursos humanos del municipio realizaba a la hora de la firma del contrato laboral explicando las mejoras económicas provistas por la *Red AMBA*. En dicha entrevista también se detallaba el modelo de gestión y atención, dando a conocer el 20% de tiempo laboral protegido para implementar el componente de salud comunitaria y la reunión de equipo. También se le ofrecía al profesional de salud las opciones para elegir el centro de salud, en caso de asistir a varios, de manera de integrarse a un sólo equipo nuclear.

Si consideramos que el poder es la *“facultad que uno otorga a otro”* y esta expresión es interpretada por Perlo (2011), en línea con lo que Maturana fórmula: *“El poder implica una concesión del sometido”* (C. L. Perlo & Romorini, 2011, p. 138), interpretamos que revertir la lógica de poder vertical conllevaría una concesión de facultades (poder) en dirección opuesta, es decir que quién tenga el poder le concesione algo de dicho poder a las partes sobre las que se sostiene, lo que aquí sería la invitación del municipio a que los profesionales de la salud elijan, no sólo frente a las opciones de la nueva propuesta sino también a participar en la forma de llevarla a cabo en el centro de salud y su área programática.

La resistencia que expresa el funcionario municipal para construir una gestión donde *“el sistema esté al servicio de los médicos”* lo consideramos un condicionante explicativo inhibitorio para que luego *“los profesionales de salud puedan estar al servicio de las personas”*, es decir esas resistencias

no hacen posible construir un sistema que habilite la expresión de las personas, en sus saberes y capacidades, y lejos que las habilite a ejercer sus derechos ciudadanos en salud; más bien influirían a proponer un modelo de gestión “que concibe a los ciudadanos, como una “externalidad” de las políticas públicas, destinados a controlar, dado que el núcleo de las políticas, descansa en otros actores como los decisores y los técnicos” (De Piero, 2015, p. 37). Vimos que los actores tienen un trato unidireccional sobre la ciudadanía y que como vimos en ese trato se capacitaban a los promotores de salud.

En segundo lugar, otra intervención al contexto que realizó la *Red AMBA* para facilitar la sustentabilidad de la Atención Primaria de la Salud fue su **propuesta de financiamiento independiente, es decir que no dependiera de la coparticipación de fondos**¹⁰⁶ que realiza la Provincia de Buenos Aires según indicadores sobre atención de patologías:

“...hoy un fenómeno de fortalecimiento financiero que tiene la provincia para con los municipios es a través de la coparticipación provincial que predominantemente fomenta la redistribución basado en cantidad de egresos que termina siendo predominante atención a la enfermedad, atención hospitalaria. Esa coparticipación no dimensiona la población global, la cápita de la población objetivo a atender ni las prácticas preventivas en el primer nivel de atención, AMBA para mí aparece como un mecanismo financiero de compensación que prioriza la población objetivo en su cantidad y a partir de ahí se generan equipos de atención entonces es como un formato de generar llegada de fondos en los municipios con la lógica preventiva y basada en necesidad y no en oferta que si lo hace eso la coparticipación de atención de la enfermedad con oferta sanitaria. Me parece que el mecanismo de AMBA es un mecanismo compensador de la asimetría muy interesante como para pensar si no debiera persistir en el tiempo siempre y cuando se cumplan determinadas metas asistenciales, sociosanitarias por parte del ejecutor que es el municipio.” (Secretario de Salud, municipio A del Segundo Cordón de AMBA)

¹⁰⁶ La Coparticipación municipal establece el coeficiente de distribución anual previsto en la Ley 10559, con su resolución específica de los coeficientes de salud que la Provincia le transfiere a los municipios.

Como vimos en el capítulo 1, el primer nivel de atención estuvo desfinanciado a lo largo de la historia. Un aspecto fundamental, reconocido por la gran mayoría de los sanitaristas argentinos, es que se requiere resolver la segmentación del Sistema de Salud, y promover la jerarquización del modelo de atención basado en la Atención Primaria de la Salud (Panamericana de la, 2010). Sin embargo, generar las condiciones para un contexto facilitador de lo anterior parece ser un desconcepto de larga data en nuestro país:

“...yo comparto esto que vos decís, el tipo [en relación al profesional de salud de un centro de salud] se siente cagado a palos y piensa que yo le voy a hacer el verso de que lo voy a acompañar y resulta que en el medio llega el AMBA y antes vinieron los Médicos Comunitarios, antes vino Atamdos y antes vino el Neoliberalismo, entonces digo en eso lo digo con vehemencia, el tipo tiene esta idea de sentirse abandonado, la idea de decir, Otra vez lo mismo, otra vez me van a pagar 12 lucas en vez de pagarme 40 y otra vez me van a pedir que visite a todas las mujeres embarazadas del barrio para ver como están y si se hicieron la ecografía y resulta....” (Secretario de salud 2 municipio del AMBA)

En otra cita también se expresan los condicionantes contextuales que no contribuyen a la participación ciudadana en el marco del actual funcionamiento del sistema de salud:

-Por eso era importante esta idea de ATAMDOS de jerarquizar el trabajo comunitario, porque también ya son viejas discusiones que tenemos los que trabajamos en el campo de la salud de cómo se valora presupuestariamente el tema de la salud con la leve coparticipación, si para vos va a tener mayor cantidad de dinero el municipio que más atienda en los Hospitales y bueno... ¿Qué querés? va a seguir siendo más jerarquizado el Hospital que los Centros de Atención Primaria de la Salud.” (Directora de APS del municipio del 3 cordón de AMBA)

La construcción de nuevos contextos requiere financiamiento, tanto para la contratación como para la capacitación, de recursos humanos que lleven a cabo la intervención que se propone desde ese contexto. En este caso la *Red AMBA* financiaba a los municipios las contrataciones del personal para cumplir con el lineamiento propuesto a través del diseño de los equipos de salud nucleares. Las contrataciones eran mediadas por cada municipio,

quien era el empleador y recibía el desembolso de pago bimensual desde la *Red AMBA*. Ese financiamiento, traducido en personal de salud, contribuye a la dimensión estructural de la PCS sobre la cual seguía la construcción de la dimensión relacional. Para esto, como vimos, el programa también generaba el contexto para la capacitación de los profesionales de salud. En el caso de la capacitación de las y los promotores de salud, como vimos, en lugar de brindar las capacitaciones desde el programa, éste invitaba a todos los actores involucrados conocidos en el tema: áreas del ministerio de salud de la PBA y de los municipios que venían dominando el terreno de capacitación de promotores de salud. A la vez, la *Red AMBA* pretendía lograr capacitaciones transversales entre distintos municipios para construir una identidad AMBA que englobe la local municipal y la trascienda para enriquecer al sistema con experiencias y resoluciones de problemas comunes (por ejemplo en relación a las áreas programáticas linderas entre municipios).

Sin embargo, podemos decir que crear el contexto de mediación de fuerzas para la emergencia de otras formas de saberes no se alcanza desde el inicio. Vimos en el apartado de actuaciones, que a la hora de las capacitaciones, las fuerzas metacontextuales, expresadas en funcionarios del ministerio de salud y en docentes del curso, dominaban las definiciones de la situaciones de las escenas de capacitación de promotores de salud. Creemos, siguiendo a Goffman (1981), que predomina la confianza que tiene el actor de su autoridad al ejercer el rol en reproducir el patrón socio-cultural de la fuerza que lo seduce, lo que más influye para dejar en claro al auditorio el *deber ser* del promotor en salud, el ideal del rol y su posición jerárquica en el sistema.

En tercer lugar, construir el espacio físico donde facilitar finalmente las propiedades y características que hacen a la dimensión relacional de la participación de la comunidad, el plan de obras edilicias de la *Red AMBA* **construía el espacio físico para el encuentro** como salas de uso múltiple (SUM) en los centros de salud.

“Había centros que trabajaban muy bien en actividades comunitarias, otros no tanto. Se empieza a entender la importancia de esto y se empezó a mejorar. Ahora casi todos los centros tienen por ej grupos de diabéticos, repito todo esto se lleva a cabo por tener SUM. Pero la verdad es que la tarea comunitaria se amplió.” (Subsecretaria de Salud, Municipio B, segundo cordón)

Estos espacios físicos estaban lejos de ser habitados por una concepción relacional de poder aquella que se entabla a partir de la influencia mutua, sin embargo eran propuestos por la *Red AMBA* como espacios para que ambas perspectivas (hegemónica y consensual) puedan constituirse *una* desde un punto de controversia, así como se refleja en el siguiente relato:

“las salas no tenían SUM, tenían una sala de espera, si, grande, pero abierta. Ahora tienen un SUM cerrado, donde uno puede hacer un taller separado de la unidad sanitaria y el SUM está aparte, y eso está bueno, porque también lo ofrecimos a la comunidad, ahora que estamos haciendo las re-aperturas, que nos faltan la mitad, les ofrecimos a las escuelas, los invitamos a la reapertura, y les ofrecimos a los jardines, a los clubes de ahí, me parece que eso, cuando empiece a funcionar eso....”

E: (interrumpe) como una manera de acercar a la gente al centro de salud

M: claro es que está para usar, no solamente por el equipo de la sala, sino también por la comunidad, hay una capilla al lado, entonces puede también haber reuniones, o otro tipo de actividades que se pueden hacer en conjunto. Se empieza a entrelazar, eso me parece que antes no lo podíamos hacer demasiado, porque donde le vas a ofrecer a un jardín? que van a venir con los nenes a donde están los otros nenes que están tosiendo, que se van a atender con el pediatra.” (Directora de APS, municipio D, tercer cordón)

Las construcciones edilicias de los centros de salud generaban conflicto con los profesionales de salud y con el barrio, y algunos municipios utilizaban el recurso de facilitación de dinámicas relacionales que aportaba el Modelo de Gestión y Atención de la *Red AMBA* para explicarle “*al vecino*” el motivo de las molestias:

“Entrevistadora: Y hay algo que vos pienses que ellas (en referencia a las facilitadoras de la Red AMBA) podían haber ayudado en algo concreto? al

cambio tal vez en el día a día del centro? no se si notaron alguna transformación en ese sentido?

Entrevistada: Lo que pasa que eso lo manejaron muy bien haciendo charlas con la gente en la sala de espera y eso es importantísimo, más allá que le des una charla de nutrición una charla de obstetricia, perfecto, pero cuando vos le explicas lo que es el AMBA, vos sabes que esto es de boca en boca, más que una red, el boca a boca si está bien entendido es lo ideal, el problema vuelvo a decirte empieza cuando el vecino lo entendió bien pero va al CAPS y no tiene el resultado que espera...” (Secretaria de Salud - Municipio C Segundo Cordón AMBA)

En este pasaje puede entenderse que las facilitadoras de la *Red AMBA* en ese municipio encontraban un contexto muy limitante para invitar a los equipos de salud junto a la comunidad a problematizar los temas de salud de interés local, su rol se encontraba inicialmente reducido a comunicar a la comunidad el cambio de modelo de atención (de uno basado en asistir emergencias a uno basado en APS) y con ello, justificar las molestias ocasionadas por las obras, reproduciendo el pedido de comunicación unidireccional meramente informativo sobre el programa, sin apertura a otras consideraciones sobre cómo interactuar con la ciudadanía, más que para contener su queja y demanda en el origen de un posible conflicto.

En otros municipios, el contexto que se construía para manejar el conflicto social que generaban las obras era distinto. En aquellos municipios donde la APS era considerada una bandera del mismo, pudimos reconocer en el discurso de sus funcionarios, el uso de propiedades de lo que Perlo considera poder relacional (empatía, escucha, solidaridad, etc) (C. Perlo, 2011). Sin embargo la acción que finalmente se sugería era la de “*saber adaptarse*”, lo que consideramos es una de las propiedades que ejerce un poder normalizador; no quejarse y adaptarse es la acción solicitada en las escenas conflictivas, lo que permitiría dominar la situación, y en términos goffmanianos construir consenso en apariencia imponiendo el supuesto de que hay un interés común ordenador al cual el individuo debe secundarizarse:

“Dado los valores que tenemos como sistema de atención comunitaria en el municipio, es de esfuerzo, de ser solidario, de ser empáticos, de entender al otro, creo que a partir del buen diálogo con los directores coordinadores de cada CAPS y ellos con los trabajadores y de ellos con la comunidad todos pusimos una cuota de esfuerzo para comprender que estamos en un plan de mejora y que como toda construcción que se hace hasta en nuestra propia casa genera dificultades en algún momento pero bueno hay que saber adaptarse”. (Secretario de Salud, municipio A del Segundo Cordón de AMBA)

Vemos que comunicar, explicar y problematizar el programa junto a los actores involucrados serían las acciones que se describen necesarias para que un potencial conflicto devenga en consenso.

“También lo hablamos con el gremio municipal, íbamos explicando lo que iba sucediendo, se les explicaba preventivamente lo que iba a suceder entonces, estaban tranquilos, si sucedía un imprevisto como por ejemplo el hecho de que dejen abierto determinados centro de atención y que no se cierre bien generaba problemas de climatización, bueno el reclamo vino y buscamos la solución y se pudo llevar adelante...” (entrevista a Secretario de Salud I, municipio del Segundo Cordón de AMBA)

III.b La construcción del Middle Out.

Para construir el contexto en el cuál las interacciones puedan ser bidireccionales, interdependientes, con retroalimentación y búsqueda del punto de criticidad autopoiético, la Red AMBA utilizaba una implementación, que puede ser clasificada en términos de Paim (2004) como de *“enfoque multicausal”* (Paim & Almeida Filho, 1998, p. 75). En este apartado nos abocamos a analizar e interpretar el término nativo, *“la construcción del middle out”*. Podemos decir que la intervención al contexto por parte de la Red AMBA, estaba basada en respetar la autoridad local con la intención de ir ganando confianza en el proceso de implementación. Middle out, sería metafóricamente como “conocer dos idiomas” (dos expresiones de lo mismo) y poder empatizar con la “cultura imperante” del interlocutor, utilizando el lado de la moneda que corresponda para poder dialogar sin perder el sentido común que integra un binomio. Sería una

dimensión actitudinal, de ser un integrador de lógicas, objetivos y prioridades para construir puentes epistémicos entre la verticalidad del poder y lo emergente de la sociedad.

El término era utilizado por el coordinador general en relación a ir adecuando la estrategia para que las acciones no se lean como una amenaza al poder instalado, y al cabo del proceso, que sus resultados fueran leídos como una ganancia de poder, pero donde ganan todos. Uno de los documentos obtenidos para esta tesis fue un trabajo presentado por Catalina de Paul (Universidad Torcuato di Tella) sobre *“Cómo Diseñar Políticas Interministeriales e Interjurisdiccionales – La Reforma Integral de la Salud de la Provincia de Buenos Aires”*, del cual se extrae la siguiente cita:

“Según Quirós, la negociación interjurisdiccional fue el reto más importante. Lo más difícil fue el manejo de las tensiones entre lo que se esperaba del proyecto desde la gobernación y lo que deseaba el territorio. La Provincia quería ver resultados muy rápidos, especialmente en las obras, pero los municipios solían tener otras prioridades, generalmente ligadas a los recursos humanos. Al mismo tiempo, la comunidad aportaba sus prioridades y miradas que no siempre coincidían con el municipio y la tendencia transversal de la Red AMBA. Por eso, fue fundamental para el éxito del programa poder implementar una estrategia que Quirós denominó como “middle-out”, ya que la toma de decisiones no era “top-down” (no bajaba un enlatado desde la Provincia a los municipios) ni de “bottom-up” (en dónde los municipios propusieran cada uno un plan individual). Esta estrategia fue posible porque se había diseñado una política lo suficientemente profunda pero flexible: se brindaba un estándar de calidad, y a la vez, permitía hacer un “traje a medida” tomando en cuenta las prioridades, necesidades y pedidos de cada municipio y su comunidad, ésta a través de la facilitación por la Red AMBA en cada centros de salud”. (Catalina de Paul, fragmento del Estudio de Caso Universidad Torcuato di Tella)

Este es a nuestro parecer, el punto más crítico de la teoría de implementación que estamos proponiendo, porque una participación horizontal, como condición de posibilidad necesita de la gobernanza del Estado para garantizar y facilitar la igualdad en la transversalidad de ese tipo de participación y de los recursos. Sin embargo hasta hoy el Estado instrumenta sus acciones a través de su aparato burocrático vertical. Donde

además los actores sociales llevan una cultura de años aprendiendo a “jugar” en ese campo de poder creado alrededor del Estado.

El término *middle out* se encuentra referido por Enrico Coiera (2009), como estrategia de construcción de programas nacionales de tecnologías de la información para la salud¹⁰⁷:

“Hay una tercera vía, que podría denominarse el enfoque intermedio, que reconoce que el gobierno y los proveedores de salud tienen diferentes puntos de partida, objetivos y recursos. Este enfoque acerca las necesidades de los distintos intereses mediante la creación de un conjunto común de objetivos compartidos, para lo cual se desarrollan los procesos de la implementación de estándares construidos en conjunto. El gobierno puede asumir específicamente un papel de liderazgo pero no exige el cumplimiento inmediato de las normas y ayuda a financiar el proceso de desarrollo. Lo que es tan convincente del enfoque intermedio, además de su solidez técnica, rentabilidad y flexibilidad, es que los países que actualmente siguen estrategias de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba pueden migrar al medio cuando lo deseen” (Coiera, 2009, p. 272)

Definido el origen del concepto *middle out*, veamos cómo creemos que fue aplicado para resolver la tensión de modos, entre fuerzas de mercado, las fuerzas democráticas y las gregarias, de participar a la comunidad.

Como venimos reiterando en la tesis, no se le puede pedir a los equipos de salud que institucionalicen acciones de participación comunitaria en salud si en los centros de salud la gestión municipal no prioriza, protege y financia la *reunión de planificación y gestión* de cada equipo de salud. La *Red AMBA*, acordaba con los municipios proteger el tiempo de la reunión de los ENS, ese ítem se encontraba específicamente aclarado en los manuales y en las funciones de los *facimples* pero sobre todo se encontraba financiado y detallado en los contratos (al igual que el 20% del tiempo laboral que debía ser en el área de responsabilidad del ENS). Para las normativas se utilizaban los términos *de planificación y gestión* porque esos son los aceptados en la sociedad actual, con matriz capitalista, para alcanzar objetivos

¹⁰⁷ disciplina en la que el Coordinador de la *Red AMBA* tenía amplia experiencia y reconocimiento internacional.

preestablecidos. Sin embargo los manuales de la *Red AMBA* pretendían de la reunión del ENS habitar los procesos de cuidado en cada particular, bajo una matriz biocéntrica, cuyo objetivo es la vida como bien común¹⁰⁸. Las reuniones eran para “*el estar ahí*” y subjetivizarse en “*ser como reproductor de fuerzas*” a partir de lograr el distanciamiento del rol y la reflexividad sobre la tarea de los ENS. Estos términos no se hubieran podido usar para justificar la remuneración y las funciones del ENS en una lógica que los pone de operarios a “sacar la demanda”.

IV. Metacontexto

IV.a Expresión de las fuerzas gregarias en un poder vertical

Como explicamos en capítulos anteriores las condiciones que operan desde el metacontexto de un sistema son las que vienen determinando el curso histórico, económico, social, cultural y político en el cual nuestra cotidianidad se encuentra inmersa. Dicho curso es expresión, según Samaja (2004), de las fuerzas sistémicas (gregarias, estatales, societales, globales) ya descritas en el capítulo 3, y que serían las que “escriben el guión”; es decir, los pasos coreográficos que muestra nuestra estética, pasos que el actor puede reproducir, con o sin reflexión, según sea el contexto dado y su propia agencia expresada en su conducta (Samaja, 2004b). En esta parte describimos cómo observamos indirectamente la influencia del metacontexto en las *expresiones de poder* tanto en las acciones referidas en las entrevistas como en las interacciones de los momentos participativos del programa.

Partimos de las dos metacategorías de poder que describe Claudia Perlo (2011): “*una que entiende el poder como dominio y control sobre los otros* (que llamamos Poder Vertical Jerárquico), y *otra que concibe al poder como dominio personal e influencias recíprocas entre unos y otros* (que llamamos Poder Horizontal Relacional)” (C. L. Perlo & Romorini, 2011, p. 138).

¹⁰⁸ Ver link al manual en Anexos

En los siguientes fragmentos de las entrevistas, damos cuenta de las expresiones que nos permiten mostrar cómo las fuerzas gregarias dominantes en el sistema resisten a “*un programa de médicos para médicos*”, que es visto una amenaza al proponer valorar a los profesionales de salud, quienes parecieran tener impuesto un rol determinado, bastante fijo, el de “*sacar demanda*” de los centros:

“Yo estoy del lado del ejecutivo, por eso yo te digo que AMBA es un proyecto creado por médicos para médicos, pero no me causa mucha gracia si yo te muestro en teoría la cantidad de horas que nos deben los médicos y que se le han pagado y no han hecho ni siquiera un mínimo curso pero bueno eso es tempranito es cuestión de empezar y emprolijarlo”. (Subsecretaria de Salud, municipio “A” segundo cordón)

Estar “*del lado del ejecutivo*”, fue una aclaración que nos alertó en la comprensión dual del poder, es decir en que hay “otro lado”, que podría estar ostentando un poder que se tiene como una cosa y debe ser resguardada. En definiciones de Perlo (2011) “*desde esta perspectiva, el poder es una capacidad que no todos tienen y sólo algunos pueden acceder. Tal característica abona la postura de mando de unos sobre otros y consolida la creencia en el liderazgo que define a algunos como seguidores y a otros como seguidos*” (C. L. Perlo & Romorini, 2011, p. 138)

La entrevistada expresa una posición tomada, que nos llevó a querer analizarla en términos de comprender cómo se lo considera al intendente y cuánto influye en las conductas y comportamientos de los funcionarios municipales encargados de negociar la implementación de la *Red AMBA*, vemos que sin estar presente parecería influir desde el metacontexto:

“Yo ya sé cómo se maneja acá y cada distrito debe tener lo suyo, yo me acople y me acomode a como es nuestro intendente y tenemos la comodidad de no haberlo cambiado nunca y seguimos con el mismo patrón a seguir.”(Subsecretaria de Salud, municipio B segundo cordón)

Los actores conocen un patrón establecido, cuanto más antigüedad en el puesto más tranquilidad y comodidad, pero eso exige acomodarse, acoplarse y generar mecanismos para reproducir la misma conducta (adaptarse y

obedecer) en los subalternos. El lugar de la participación del propio funcionario en el sistema parecería ser sólo para proponer ideas de control sobre las conductas de aquellos que no se encausan en el patrón de conducta esperado para continuar sosteniendo lo instituido:

“La realidad es que venían [en referencia a los médicos] ya con algunas cositas como siempre digo y que les cuesta dejar, esa cosita es llegar tarde, irse antes por ejemplo, como nosotros no tenemos mucha manera de controlar porque no tenemos fichada en los centros y me gustaría hablar con el señor intendente a futuro y ver que posibilidad tenemos de que fichen y de tratar de manejar, tenemos una auditora pero no puede estar en quince lugares a la vez...” (Subsecretaria de Salud, municipio C segundo cordón)

El poder vertical, sería un instrumento de la fuerza gregaria, que se sostiene por los gentilicios y jerarquías en la línea de mando que mantiene el estatus quo en el sistema. Para que los actores del sistema sostengan este equilibrio participan de un “poder delegado” por la autoridad superior en el rol que les toca para sostener la conducta de control regulatoria del patrón establecido, al igual que vimos en los discursos de las capacitaciones a las y los promotores de salud. También parecería existir cierta lealtad en sostener dicho patrón:

“Me ocupo y me preocupo pero bueno son muchos años trabajando con el intendente y sé cómo es y cómo se maneja, al intendente no se le puede decir ¡Ay señor yo hago sólo recursos humanos! El boleo más chiquito y voy a parar a las 205, conozco con qué buey aro...” (Subsecretaria de Salud, municipio C segundo cordón)

En esta lógica de control centralizado, vemos en la siguiente cita que para lograr el control del centro de salud parecería que se requiere también construir una *línea de poder delegado* en una estructura administrativa que responda de manera alineada, disciplinada en brindar retroalimentación y feedback sobre cumplimientos o desviaciones de los niveles, considerados para esa lógica, “inferiorizados”:

“Si si, las coordinadoras nacieron siendo, como quien diría, punteras políticas, nacieron en su barrio...ya conocen, conocen su barrio y siempre fueron elegidas así, o sea, no aterriza cualquiera a un CAPS, siempre se las

ha elegido en base al conocimiento que tiene con su población...y son las únicas que no recibieron ningún aumento, mucha promesa y no se ha cumplido nada, cuando en verdad AMBA venía con la promesa que iban hacer dos administrativos por CAPS...” (Subsecretaria de Salud, municipio B segundo cordón)

Consideramos que este tipo de relación y retroalimentación mantendría rígido el sistema. Bajo una concepción sistémica de niveles, donde en cada nivel hay redes de actores, se requiere de un lugar que brinde el espacio a la co-construcción de sentidos y significados “internivelados”, ésa sería la manera de flexibilizar los condicionantes relacionales que rigidizan el sistema. No se posee material empírico para conocer la negociación durante la etapa inicial del acuerdo en ese municipio, pero en general la flexibilidad y adaptabilidad a cada municipio, en el eje de recursos humanos, era principalmente para definir la conformación de los profesionales de salud en el ENS.

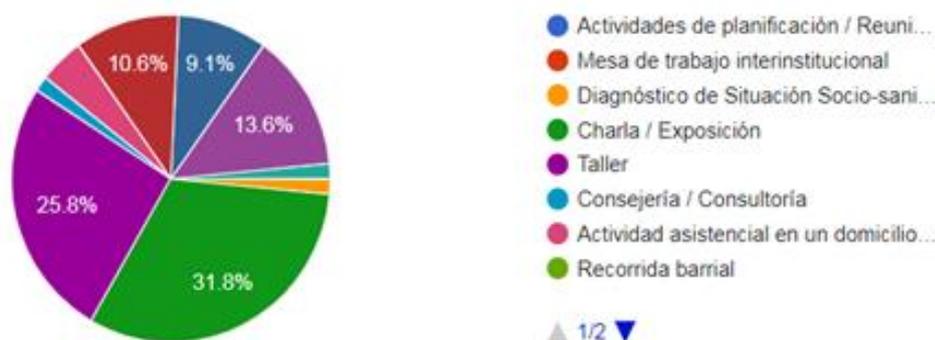
También ese patrón de poder vertical, parece reproducir el concepto de atención de la salud sólo basada en atender la enfermedad mediante un cuidado asistencialista. En el material empírico de las seis entrevistas a funcionarios municipales no surgieron indicios del concepto de atención primaria de la salud con espacio a que la ciudadanía se piense con derecho —y lo ejerza— de habitar un centro de salud para deliberar de qué manera mejora, remedia y construye la salud de su comunidad y su ambiente. La siguiente cita es un ejemplo de la atención paternalista de la salud que describimos en el capítulo 1 como construcción de poder mediante el uso del sistema de servicios de salud y en tensión con el cuidado biocéntrico de un sistema de salud comunitario:

“Un patrón a seguir que era el estandarte del señor intendente, que él mismo y en sus discursos lo decía, que el vecino tiene derecho a la salud y llama por cualquier cosita, en un momento nos hemos convertido hasta te diría en remis con las ambulancias, no te digo mal usadas pero por ahí, un poquito de fiebre o cualquier cosita y la ambulancia cuando en verdad era para decir, me acerco a una guardia o me acerco a un consultorio.” (Subsecretaria de Salud, municipio C segundo cordón)

En las entrevistas que analizamos, no encontramos en los funcionarios del primer nivel de atención características de lo que describimos en el capítulo 1 sobre *personas participantes* (Buraschi et al., 2019) sino más bien características de su contracara.

En la **Figura 5.4**, presentamos una red conceptual de los binomios que formarían parte de la dimensión relacional del sistema, binomios que según se expresen serían condicionantes de la ocurrencia de la PCS. Las expresiones dominantes de los binomios en el caso de estudio fueron: rigidez en el binomio flexibilidad/rigidez, conflicto acallado en el binomio conflicto/acuerdo, poder vertical en el binomio poder vertical/horizontal. Predomina la fuerza gregaria, en alianza con la global, sin reproducción de fuerzas de igualdad por parte de los funcionarios. Si bien la *Red AMBA* disrumpe el poder vertical, las citas no muestran que se logre expresar el poder horizontal y la Figura 5.5 muestra actividades comunitarias que escasamente representan la participación ciudadana en salud.

tuvieron proporciones similares en los distintos tipos de acciones participativas entre los municipios.



En los relatos ninguno de los seis funcionarios con cargos de gestión municipal entrevistados, se comentó llevar a cabo acciones para la construcción de la salud desde el abordaje de los determinantes sociales a partir de empoderar la comunidad desde el sistema de salud. Estas acciones de participación social como vimos en el recorrido de la tesis, no parecerían ser consideradas parte de las funciones del sistema de salud. Sin embargo la **Figura 5.5** muestra que en el 10,6% de los registros de los equipos de salud, asistieron a mesas de trabajo interinstitucionales en el barrio.

VI. Discusiones finales

Lo que hemos llamado una “participación generativa” en los capítulos teóricos no se observa en la manera de participar en las interacciones de los actores. En tanto agencia personal, la participación en general se observa limitada, ya sea por preservación personal, frente a una situación de poder vertical, por conductas cénicas renegadas del rol ideal (heroísmo y humanitarismo) o por la reproducción arreflexiva de roles de dominación. El sistema parecería no enriquecerse de las habilidades y saberes de los actores, por el contrario predominan en la mayoría del análisis acciones asistencialistas sobre la APS aunque la retórica en algunos funcionarios sea la de adueñarse del sentido integral de la APS.

El andamiaje relacional necesario para que en el sistema ocurra la participación ciudadana y se mantenga en un estado dinámico y fluido, se encuentra rígido, lo que consideramos que influye en las conductas de los

actores, las cuales a su vez violentan al sistema al impedirle alcanzar su potencialidad. En las narrativas de los funcionarios, la intención del sistema de salud en los municipios, de cualquier partido político, parecería estar urgida a cubrir la atención y la demanda de asistencia de las enfermedades individuales de los ciudadanos que habitan su partido. Para dicha intención surge como importante “mantener el orden” bajo fuerzas jerárquicas e incluso se utilizaron los dispositivos aportados por la *Red AMBA* para comunicarle a la ciudadanía qué corresponde pedirle al sistema de servicios de salud.

No se observan indicios de que mientras se gestionan respuestas asistenciales se abordan otros procesos de expresión de fuerzas de derecho en el mientras tanto. Por ejemplo, se documentó que si bien la *Red AMBA* logró construir un lugar estructural para la participación en todos los Caps, (el SUM) estos espacios no se los describe como un espacio relacional en los términos de apropiación de la comunidad.

La rigidez del sistema, responde a un poder vertical centralizado, que controla las emergencias y disrupciones que se proponen introducir con el conflicto que la pluralidad aporta en la construcción del nosotros.

Creemos haber evidenciado que esa rigidez responde a la acción limitante de la presencia de fuerzas gregarias —cuasi feudales en algunos municipios— que actuando desde el metacontexto determinan las reglas de juego al influir el marco o contexto de los actores locales que reciben el programa y que terminan, por falta de reflexividad, en alianza con las fuerzas globales que al día hoy es sabido intentan instalar modelos estatales humanitarios en la expresión de un sistema de cobertura universal como eje de la atención primaria de la salud. Dicha alianza la venimos describiendo como alianza estratigráfica, siguiendo la conceptualización teórica de Samaja.

En varias escenas, se observa cómo los actores mantienen el status quo del poder dominante, jerárquico, que anula el del “control colectivo” y rigidiza el sistema limitando su potencial. En relación a los funcionarios, vistos con el aporte de Samaja (2004) en su *“noción de ser como proceso de*

reproducción” de la violencia del sistema, consideramos que, reproducir una fuerza de control jerárquica, justificándose por estar ejerciendo un rol impuesto por una organización, no le quita responsabilidad, aún siendo víctima es victimario también, es un actor que violenta también “hacia abajo” en los niveles sobre los que actúa su poder.

En el caso del médico pediatra y docente de la tercera capacitación a PS, parecería estar convencido en el ejercicio de su rol social, en llevar adelante el *ideal del ser médico* en la sociedad: un rol jerarquizado, alejado, encumbrado y especialista que además honra a un auditorio lego por su presencia para enseñarle parte de su saber. Pero en la acción goffmaniana, de realizar “un distanciamiento del rol” al que se llega gracias a poder narrar esta escena y que transitivamente le permite reflexionar a la autora de la tesis sobre su rol de médica, también podemos considerar que encerrarse en ese rol social y no interactuar con el auditorio, sería una pérdida de oportunidad de aprender de las personas presentes; que la manera de compartimentalizar, segmentar, aislar y jerarquizar parecería ser la lógica del MMH que garantiza un sistema con linealidad vertical sin lugar a la interacción de las partes con posibilidad de las propiedades sistémicas de penetrancia y transformación. El médico al “ejercer bien el rol”, reproduce el poder del MMH. Entendemos que es en esa posibilidad de interacción intersubjetiva, de participar y participarnos, donde los actores requieren reconocerse iguales, y al hacerlo serían reproductores de fuerzas de derechos. Esta primera conclusión la analizaremos en las conclusiones de la tesis en diálogo con los otros condicionantes de la participación ciudadana que fuimos expresando en los resultados. Creemos que las personas al “descategorizarnos” de los roles que nos ofrecen las fuerzas globales o gregarias, nos encontraríamos “vacíos de poder” (ya no tendríamos el poder delegado por el ejercicio del rol), y ese “salto al vacío” se llenaría con el “propio poder”, que nos brinda el ejercicio de nuestra identidad única, y recién ahí expresaríamos las fuerzas de igualdad de derechos. Ese tipo de poder, el propio, no sería un espacio que está en disputa (en términos de Bourdieu), y tal vez por eso reproduciría las fuerzas de igualdad y no de

dominación. Es un poder que una vez “habitado” sería difícil de perder (como sí ocurre con la posibilidad de perder el poder cuando seguimos en el rol o cargo jerárquico delegado y discontinuar el cargo) y por consiguiente “el miedo a perder poder” no generaría conductas competitivas, defensivas, y pasivas frente a la violencia del sistema. Tal vez aparecerían las conductas creativas para cuidar el sistema.

Creemos que las escenas de las capacitación a PS muestran el esfuerzo contextual de la *Red AMBA* (equipo, planificación, estrategia de ir por las rendijas) que se requiere para *dialogar en* los rituales de formación del MMH. Las expresiones de cuidado incipientes que agrupamos como Modelo Salutogénico Comunitario, entendemos que se basan en la confianza en el *sí mismo*, de poner la agencia personal y el toque individual para reproducir las fuerzas que pugnan para llevar al sistema hacia el paradigma biocéntrico. Reconocemos una perspectiva de cuidado y de género en las escenas que muestran estos indicios de introducir un poder horizontal, al menos en la microgestión.

Finalmente, vimos que hay pocas experiencias de implementación que construyan el middle out como dispositivos relacionales. Clasificamos al programa de la *Red AMBA* como un inicio del recorrido sistémico, por las características que le aporta al sistema, en la construcción de su dimensión relacional para que ocurra la participación activa en las interacciones sociales. Consideramos que ese espacio pondría en movimiento el binomio flexibilidad-rigidez de la interacción, con o sin posibilidad de introducir voces y conflicto por la tensión de intereses. Binomio que construimos con códigos como: la posibilidad de deshabituarse de roles fijos y pasar a roles “fluidos”, la construcción de nuevos ritos, andamiajes y sentidos que ayuden a construir confianza, actitud de afrontar el miedo a la incertidumbre, tensar conductas y rituales de resguardo en certezas rígidas, atisbos de liderazgos transicionales y de consensos donde “mover roles de heroísmo”, conductas de “deponer el poder”, así como observar gestos o acciones “de animarse a poner la voz propia”. Estos atributos, que no detallamos exhaustivamente por la longitud de la tesis, serían los

condicionantes de la emergencia de la dimensión relacional de la PCS en tanto el poder se horizontalizaría. Según las características de las *personas participantes* descritas en la bibliografía en el capítulo 1, no encontramos condicionantes facilitadores de la PCS en la agencia personal de ningún funcionario estatal, local o ministerial. Por el contrario, la valoración negativa de algunos funcionarios municipales sobre la *Red AMBA* (considerada para algunos como *una mala palabra*) frente a tensiones introducidas durante el proceso de facilitación del MOGYA en los centros de salud, evidencia que los condicionantes morales, que limitan la participación del sujeto en determinar su propia salud, podrían a la larga expulsar el programa de ese municipio, lo que evidencia la magnitud del desafío de implementar programas flexibles.

Concluimos el capítulo con el aporte conceptual que, para la implementación de un programa sanitario, sería en las interacciones entre los funcionarios, con diferentes roles estatales centrales y locales y con diferentes niveles de gestión, en dónde habitan los condicionantes para que la participación ciudadana genere la construcción de la salud del sistema. Es decir, es la interacción propiamente dicha el sustrato de los condicionantes de la institucionalización de la PCS, por lo cual los mismos serían móviles y modificables según las fuerzas que influyen en las representaciones de los roles de los funcionarios a la hora de interactuar entre ellos. Los condicionantes para institucionalizar la PCS, son la resultante de las relaciones entre las fuerzas sistémicas que influyen sobre la propia participación y agencia individual de los funcionarios, que en tensión con las otras representaciones de fuerzas, presentes en otros funcionarios, hacen emerger la forma en que se expresa el binomio de poder.

Vimos que los funcionarios responden al poder gregario de los partidos políticos y a marcos ideologizados en la construcción de poder y moral. Los resultados muestran escasos indicadores de poder consensual y predominio de expresiones de conductas de autopreservación del sujeto y de categorías de un poder de dominación que, según nuestro marco teórico, serían

expresión de fuerzas unidireccionales (gregarias y/o globales) que violentan al sistema, en tanto lo limitan por interacciones (rígidas y/o disipatorias), que al inhibir/eliminar el conflicto, reducirán el potencial participativo que construye la salud del sistema.

Los atributos y propiedades del andamiaje estructural y relacional de la PCS se encuentran dentro de lo que Fuks (2018) menciona para la construcción de “*Un modelo sistémico de comprensión-acción de dinámicas sociales: tres dimensiones de las prácticas sociales transformadoras*”(S. I. Fuks, Brasilia. Libro Digital. 2018) (Sudbrack et al., n.d.). Consideramos que ese andamiaje funcionó transitoriamente como un dispositivo de amortiguación de las fuerzas del metacontexto y como uno de perturbación del contexto de aquellos actores que, por su poder, definían situaciones y las mantenían rígidas, mientras que los facilitadores de la *Red AMBA* y los equipos técnicos de las actividades comunitarias mediante dispositivos relacionales, intentaban flexibilizarlas.

También consideramos que si el proceso sistémico requiere expresión de fuerzas de equilibrio para su sustentabilidad, la *Red AMBA* sería un indicio de una política pública constructora de los andamiajes vinculares necesarios para el ejercicio de las capacidades participativas hacia un control colectivo del sistema ya no centralizado (ni por fuerzas gregarias en disputa, ni por fuerzas globales centrípetas). En este sentido, en relación al análisis sobre la presencia de fuerzas que permiten el equilibrio dinámico del sistema, si éstas están presentes en las interacciones sociales, vimos que cuando los actores de las escenas expresan categorías de un poder que habilita lo relacional y consensual o que introducen conflicto y/o disrumpen las situaciones dominadas por el poder vertical, las acciones correctivas y normalizadoras por parte de los funcionarios con poder (local o central) recuperan el dominio de la situación que se observa proyectada en la escena.

Finalmente, por más que el programa se enunció y generó algunas intervenciones al contexto para facilitar las fuerzas de la participación como *performadoras de sujetos* (Oszlak & O'donnell, 1976), que se propuso

intervenir en los ‘márgenes del Estado’ es decir, en aquellos ‘espacios’ — territoriales, sociales e, incluso, conceptuales— (Gandulfo, 2007) y que intentó enmarcar el rol de los funcionarios como generadores de “*estrategias conversacionales no asimétricas que favorezca la reconstrucción y construcción de realidades previamente constituidas*” (Ibáñez, 1999), las tensiones presentes en las lógicas de poder que se fueron estableciendo entre las relaciones sociales de quienes dependía gestionar, no pudieron potenciarse hacia el punto de criticidad del sistema, en donde emerge el cuidado comunitario.

Conclusiones de la tesis: Prescripciones socio-médicas como camino para subsanar los lazos sociales

“El desafío consiste, más bien, en unir pesimismo y optimismo, horror y esperanza en una comprensión teórica de la bidimensionalidad del mundo.”

Holloway 2005

I. Sobre el aporte de una mirada sistémica

El germen de esta tesis vivía en la intuición del valor que tenía teorizar sobre los sistemas complejos en el campo de la implementación de programas sanitarios, en mostrar el sentido de los llamados **procesos participativos**, de su potencialidad de crear condiciones que generen intercambios fecundos, gracias a la diversidad de voces, orientados a construir alternativas deseables a una situación dada. Según Fuks, *“estos procesos participativos contienen flujos de gran complejidad que permiten estudiar y –tal vez- comprender algunos aspectos de la construcción de “lo común” y de la emergencia de la inteligencia colectiva”* (S. I. Fuks, n.d., p. 5).

La oportunidad de analizar esta intuición, la brindó la experiencia vivida por la autora, quien participó como gestora en la implementación de la *Red AMBA*. El camino de cómo aportar esa mirada, requirió aprender las ciencias de la salud, tanto las médicas como las sociales.

El móvil para transitar la búsqueda de respuestas, se inició en un malestar interno frente a ciertas actitudes de funcionarios de salud que normalizaban la imposibilidad de cambio de una *“realidad que es así”* justificando acciones y conductas que se describen en la tesis. El proceso de comprensión —y transformación personal— requirió en primer lugar formular la pregunta de investigación: ¿cuáles son los condicionantes que habilitan o dificultan institucionalizar la participación ciudadana en salud (PCS) a la hora de implementar un programa de salud?.

Para sostener el valor democrático de la propuesta del programa se necesitaban institucionalizar los espacios que habilitaran la PCS, porque

desde esta teoría —y propuesta del programa— el sistema para su sustentabilidad, requiere un estado dinámico que es logrado por la participación e interacción de todas las partes que lo componen. En ese equilibrio dinámico, el sistema mismo evita formas disipativas o rígidas, porque en las interacciones aprende a adaptarse —lo que se conoce como autopoiesis—.

Desde la teoría de los sistemas complejos, la democracia puede entenderse como la forma que deviene del estado de equilibrio dinámico, que se mantiene porque las fuerzas resultantes se tensionan en su punto justo —punto de criticidad— que permiten desarrollar el sistema en su conjunto, lo que se traduce en igualdad de condiciones —igualdad de derechos—. ¹⁰⁹

Todo sistema requiere energía y para esta tesis, el sistema social en su estado democrático la obtiene del movimiento acalorado de las discusiones de las partes, que al lograr el consenso encuentran el punto para trascender el problema y aprender por donde ampliarse y ampliar derechos.

En la tesis, analizamos los condicionantes de la participación, en función de la expresión del binomio conflicto/consenso, en las interacciones de las personas que se producían en las escenas de implementación de la *Red AMBA*, contemplando que lo que ocurre en el nivel de las interacciones de las personas (roles, conductas, comportamiento y acciones), se encuentra dentro de un marco histórico-social-cultural-económico-político.

Ese marco (contexto y metacontexto) se compone por niveles más estructurales, dónde también se vienen expresando las formas resultantes de otras interacciones (más lentas e instituidas, por procesos históricos, institucionales, etc). Esas formas pueden ser clasificadas según sean más o menos violentas o más o menos participativas. Ese binomio

¹⁰⁹ Las formas disipativas, se rigen por las reglas del mercado, las interacciones son libres, individuales, laxas, efímeras y múltiples. Las interacciones para el bien común, más lentas, no pueden detener el progreso de algunos individuos, el sistema se mueve por la competencia entre las partes y moralmente asiste a los que menos tienen con caridad y humanitarismo —profundiza la desigualdad en la evolución sistémica—. Los estados rígidos del sistema se forman por interacciones unidireccionales, son poco flexibles, se regulan las maneras de relacionarse, pudiendo instalarse formas autoritarias, el sentido es de supervivencia gregaria dónde sus líderes usan simbolismos de conjunto, limitan la creatividad individual si es entendida como un riesgo para el objetivo del común, En estos modelos se asisten los derechos a la salud de manera paternalista.

violencia/participación, influye sobre la manera en que lo hace el conflicto/consenso en el nivel de las interacciones humanas. ¿Cómo se relacionan los distintos niveles de sistema?, ¿cómo influye un marco histórico en la manera en que nos vinculamos?, ¿cómo hace la violencia para anular el binomio conflicto/consenso, o cómo hace la participación para estimularlo? En esta tesis conceptualizamos que lo que fluye y conecta los niveles, es el poder. La violencia estructural es normalizada ejerciendo un poder vertical hegemónico sobre las conductas de los actores a la hora de interactuar con otros, mientras que la *participación estructural* sería posible por el ejercicio de un poder horizontal heterárquico a la hora de interactuar con otros. En el primer caso, se anula incluso el conflicto, se acallan las voces y los roles que vimos de los actores son variados, pero reproducen la forma del sistema antropocéntrica con conductas que les permite mantener, y a la vez tener un lugar, en la línea de poder vertical: “*al Sr. Intendente, lo conozco bien, te da un boleo sino haces lo que hace falta*” (miedo al jefe), “*yo soy del ejecutivo*” (coaptación), “*hay que ser empático, solidario...pero bue hay que saber adaptarse*” (cinismo), “*yo me acoplé y me adapté*” (reproducción complaciente), etc.

Como vimos estas conductas reflejan una concesión del sometido para sobrevivir en esa lógica pero también significa desoír, deshabitar el encuentro con “los que están por debajo” y reproducir tratos deshumanos y violentos: de control mecánico en lugar de custodiar lo dialógico “*que los médicos fichen en los centros*” (desconfianza), seguir sosteniendo que el otro no es un igual “*el pediatra explota de ira*” (frente a la madre boliviana que le prepara y le da un yuyito en la mamadera), intervenir desde el miedo para imponer un saber y no adquirirlo por una influencia mutua. “*el docente habla de chagas y transmite miedo para que no queden dudas de cómo actuar*”. Estas conductas son las esperadas en un sistema que nos pide normalizar a los otros y para eso nos delega poder: en el caso de los médicos las armas para violentar las relaciones toman la forma de saber y los rituales para accionarlas se enseñan con una “*medicina basada en la evidencia*” sesgada para mantener el poder y con prácticas educativas disciplinadoras.

Sistémicamente hablando, es el funcionario quien acepta ser canal del flujo del poder vertical que viene ejerciéndose hacia abajo en busca de la energía del sistema¹¹⁰ y lo reproduce (con o sin reflexión de su condición de reproductor de la violencia). Como dijimos, acepta porque, desde su perspectiva individual, no habría otras formas posibles y porque en la historia las formas colectivas de revertir los poderes hegemónicos no se reconocen exitosas, aún las más democráticas se encuentran en duda. Así, los funcionarios, nos autojustificamos en que *“el sistema funciona muy bien de mal”* (reflexión de una integrante del equipo de AMBA), *bien* porque los que mantenemos el sistema hemos encontramos un lugar en una realidad *mala* que no se puede cambiar desde lo individual, y *“hacemos todo lo más que podemos”*.

La *Red AMBA*, fue aceptada en sus dimensiones (edilicias, financieras, de recursos humanos) pero fue resistida por los propios funcionarios municipales en aquellas acciones que perturbaban el orden establecido por *“el patrón...que tenemos la comodidad de no haberlo cambiado nunca”*. Las acciones propuestas por la *Red AMBA* direccionaban el sistema a escuchar a los profesionales de salud, como condición necesaria, para que éstos puedan escuchar a la comunidad. Sin embargo, fue resistido *“el sistema estuvo al servicio del médico, eso no me parece bueno”*. Las acciones disruptivas del programa al contexto local dominante, como vimos extensamente, son necesarias, en su justa medida, para generar categorías instituyentes gracias a la expresión de la agencia creativa de las personas en los roles.

La recursividad metodológica, entre la teoría y el campo, que aplicamos en el proceso de la investigación, nos llevó a conformar una hipótesis analítica: La PCS generaría interacciones donde se interpelan y cambian los roles fijos de los actores, pero ese cambio no se daría desde un choque de posturas en tensión para dominar el campo, sino en los cambios de representaciones alcanzados en el aprendizaje que se lograría por la convergencia de flujos de

¹¹⁰ La energía de la producción, que se agota por la finitud de los recursos naturales y ahora aparecen nuevas formas de extraer la energía vital de las personas. Tema que no abordamos pero que explican la emergencia de los enfoques biocéntricos.

fuerzas en tensión, ampliando el campo. Para esto, en el nivel de las acciones y actuaciones, se iniciaría a un proceso de ejercicio de un poder transversal con su consecuente propiedad emergente (ampliación del campo) si desde el contexto las políticas estatales construyen las condiciones para que los funcionarios habiten el binomio conflicto/consenso.

Luego de este necesario encuadramiento en la teoría de sistemas complejos, para lo cual la tesis dedica el capítulo 2 y 3, compartimos los aportes sobre qué condiciona institucionalizar la PCS en la *Red AMBA*, condicionantes que agrupamos en dos metacategorías de la PCS: la dimensión estructural y la relacional.

II. Condicionantes en la dimensión estructural de la PCS

1) Condicionantes históricos que anteceden y se encuentran en la *Red AMBA*: Las tensiones y resistencias de fuerzas sistémicas para lograr una sociedad civil independiente del estatus económico, con igualdad de derechos civiles, sociales y políticos vienen de larga data. Las políticas de salud en el AMBA, se vienen adaptando a la complejidad sistémica en tensión con el mercado, que en alianza con poderes locales, direcciona cada vez más la evolución del conjunto hacia uno desigual en el acceso a la salud. En el devenir histórico, los programas analizados, desde el retorno de la democracia, se han visto en el contratiempo de sostener a las personas cada vez más vulnerabilizadas por el sistema. A la vez que han tenido que replegar sus debilitadas fuerzas para construir contextos dónde recuperar o mantener la potencia de la ciudadanía. Esta forma de identidad y resistencia a las fuerzas globales, se reconoce en la expresión de “*ser un producto latinoamericano*” que expresaron los funcionarios de la mesa de café. Por otro lado, en los programas analizados en el Capítulo 1, no hemos podido encontrar expresiones de voluntad política en la búsqueda de acuerdos en todos los niveles y con todos los actores involucrados del sistema, de manera tal de fortalecer las fuerzas de igualdad de derecho en los centros de salud del primer nivel de atención. Hemos encontrado programas con fuerte convicción de centrarse en la salud comunitaria pero con poca evidencia de

resultados sobre el empoderamiento. Los condicionantes que influyeron en dificultar estos resultados, en parte los describimos en las conclusiones del capítulo 1 fueron: la dificultad en balancear las otras fuerzas del sistema; la concepción de poder patriarcal típico de la época; la instalación de la clientelización del ciudadano, a quien el sistema de salud sigue respondiendo para satisfacer sus reclamos y necesidades de salud de manera paternalista. El individuo considerado autosuficiente, capacitado en los estilos de vida saludable y en responsabilidades individuales para mantenerse sano, pero no en sus capacidades de participación de la construcción y del ejercicio de los derechos sociales y civiles del conjunto actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Así, el largo recorrido que antecede a la *Red AMBA* muestra dificultad en institucionalizar la PCS, por la forma en que se viene considerando al ciudadano, por fomentar una autonomía parcial individual sin propiciar los espacios de interdependencia con otros, que necesita un sistema en igualdad. Vimos que aún los programas que discursaban la propuesta integral de APS, terminaban implementando una APS selectiva —forma ampliamente descrita como basada en el biologicismo, el pragmatismo y sosteniendo la hegemonía del poder en el control social que la medicalización viene permitiendo desde el higienismo—(Armus, 1880). No encontramos indicios de que la participación social fuera utilizada como empoderamiento de la comunidad, ni de procesos que equiparen saberes y mitiguen las asimetrías que el poder introduce en el saber. Tampoco encontramos programas donde los determinantes sociales sean abordados integralmente ni se coordinen entre el sistema de salud y otras áreas de gobierno. En las tesis publicadas sobre el tema, encontramos a los profesionales de salud, al mismo tiempo víctimas y reproductores de las dinámicas del sistema que generan violencia. Vimos que las diferentes actuaciones de los profesionales, que relatan las tesis de otros programas en la historia, remarcaban el heroísmo, la toma de distancia afectiva y la renegación del rol de los profesionales. Para acomodarse en esa disociación “entre el rol ideal y lo que la realidad permite ejercerlo” encontramos algunos dispositivos en el programa ATAMDOS

institucionalizados para el encuentro y el diálogo, que permitían reflexividad del rol y búsqueda de acciones que flexibilizaran el sistema. Los mismos fueron descritos en el capítulo 4. También encontramos la estigmatización de la comunidad por parte de programas municipales por considerarla con “*ausencia de conciencia participativa*” y para justificar la baja asistencia de personas del barrio a propuestas iniciadas desde un enfoque local de la atención de la salud.

En relación al flujo del poder, encontramos en los antecedentes que, a través de los mecanismos de asignación presupuestaria, los funcionarios de turno, lo ejercían de una manera vertical durante la implementación. Sean programas de salud financiados por créditos externos o por los gobiernos locales, se observa que fueron estructurados en oficinas, que se implementaron con escasa adaptabilidad local y con imposición de condiciones desde una centralización no participativa. Las escenas del capítulo 4 también permiten describir la resistencia local de los funcionarios, que además de intervenir en programas como PMC y ATAMDOS, lucharon contra planes focalizados y selectivos de otras propuestas. Estos relatos que ejercen resistencia y lucha frente a la implementación de un programa, permiten mostrar una expresión del conflicto con poco espacio para el debate con participación. Los discursos de la mesa de café sobre la historia de los embates de capitales extranjeros (grandes desembolsos del Banco Mundial y del BID para programas específicos) también permiten describir, por contraposición, una identidad latinoamericana que resguarda una forma de concebir y cuidar la salud regional. Esta forma tiene identidad propia en la salud colectiva, la epidemiología crítica, la medicina social, la salud internacional y es ejercida en las diversas concepciones de salud biocéntricas, de medicinas integrativas y de cosmovisiones de pueblos originarios.

2) Uno de los aspectos estructurales que vimos que condiciona implementar la PCS son las mismas instituciones que adolecen del soporte de las políticas con andamiajes que oportunidades a los procesos participativos. Las

burocracias conocidas dificultan sistematizar las propiedades de los sistemas complejos, que mencionamos en el capítulo 3. Propiedades necesarias para que el sistema sea dinámico, flexible y se adapte. Para darle forma al concepto de *flujo de poder* como conector entre los niveles del sistema, con recursividad e interdependencia, y sortear modelos instituidos burocráticos, según el análisis de la *Red AMBA* esto sería posible mediante una tecnoestructura dinamizadora organizada en *funcionogramas* más que en organigramas rígidos. Vimos que los procesos, acciones y consecuencias del programa se iban produciendo de manera interrelacionada durante la implementación en los tres niveles macro-meso-micro de la gestión, con sistemáticas de flujos de comunicación y recursos político-técnico-comunitarios. De esta manera el programa por un lado brindaba mayor libertad a las interacciones en el nivel de las acciones y conductas entre funcionarios, pero también gracias a darle un canal al flujo del poder interconector bidireccional de niveles, se lograba flexibilizar la rigidez del sistema al limitar, un poco, el flujo de poder unidireccional. Esto sustentado, en el organigrama funcional del equipo de la *Red AMBA*, que junto con funcionarios “pares en funciones” creaban los “equipos mixtos” en cada municipio. Estas formas de abordar los problemas respetando el clásico organigrama de cada institución, permitía roles y funciones adaptables para abordar los problemas, según el ritmo del proceso de implementación en cada lugar.

3) Un condicionante estructural positivo, es la concepción y capacidades de implementar, por parte de alguno de los funcionarios de este programa, los dispositivos que tendían a horizontalizar el poder. En paralelo se construían los canales para un flujo bidireccional del poder entre niveles. Concepción que surgió de analizar la *Red AMBA* e interpretarla como un dispositivo que genera andamiajes para la participación y que logró algún grado de transversalización del poder donde surgieron expresiones de conflicto/consenso (Tabla 2.6). La posibilidad de construir estrategias dinámicas para este tipo de encuadres por parte de las políticas públicas,

sería un condicionante positivo para iniciar procesos participativos, sostén del paradigma biocéntrico. Esto va desde concebir el middle out en la implementación, mediante los andamiajes de tecnologías sociales transicionales que describimos a lo largo de la tesis, a concebir la necesidad de facilitar en espacios especialmente diseñados el enlace y encuentro de comunidad-Estado, bajo una concepción sistémica, que enlaza el flujo entre subsistemas de dos órdenes diferentes relacionales: el sistema de salud de la comunidad con el sistema de servicios de salud del Estado (Paim & Almeida Filho, 2014).

4) Otro condicionante estructural es contar con financiamiento para llevar a cabo las estrategias de esos dispositivos transicionales de co-gestión, descritos en los puntos 2 y 3. Por un lado destinar financiamiento a los espacios físicos, especialmente diseñados para facilitar el enlace comunidad-Estado —como la construcción de los SUMs en el caso de estudio—, así como incluir financiamiento específicamente detallado en los presupuestos de los programas —como se constata en la *Red AMBA*— para realizar las dinámicas relacionales en las mesas y consejos participativos (materiales para facilitar la comunicación, reunión y producción de conocimiento) que se lleven a cabo en los SUMs o en espacios de la comunidad.

III. Condicionantes en la dimensión relacional de la PCS

1) Dentro de los condicionantes de la PCS, agrupados en esta dimensión, concluimos en primer lugar sobre aquellos factores que **condicionan inhibiendo** las conductas participativas: a) los ritos, como el ceremonial narrado en la escena final, que generan las pautas de comportamiento de qué tipo de “participación” está habilitada por el contexto. Estas pautas son enunciadas como acciones preventivas del conflicto en la literatura (Goffman et al., 1981); b) también mencionamos las acciones correctivas a intervenciones disruptivas que se describen y que ejemplificamos durante la capacitación a PS en la actitud del docente de hablar por encima de la

opinión de las participantes; c) los marcos ideológicos, sostenidos por una audiencia tácita desde dónde juzgamos nuestro propio desempeño en búsqueda de la aprobación de dicha audiencia. Audiencia a la cual, según Goffman, le somos leales, lo que nos dificulta poder “conectar” en un intercambio genuino con la audiencia real. Esto lo ejemplificamos en el expositor de la primera capacitación que necesitó explicitar pertenecer a un *nosotros* no presente, que le brindaba identidad y lo validaba a enunciar sus certezas; d) las conductas iniciales dominantes que determinan unilateralmente cómo se debe interpretar una situación dada, nuevamente referimos a la apertura de la capacitación donde se domina en la actuación la definición del rol del PS.

Podemos ver que las escenas se repiten en mostrar roles y funciones muy estructurados, con escasas participaciones del *sí mismo*, de la agencia del actor, con descreimiento en poder generar acciones para “mover el marco”. Observamos que aparece la desconfianza, la queja, la renegación y la victimización. Todos mecanismos que dificultan mover el status quo. La confianza en el cambio, en volver a creer, se registró en pocas escenas, incluso la desconfianza del propio equipo de *facimples*, por ser un programa de un gobierno de ideología de derecha, generó en varias oportunidades tensiones laborales de desconfianza en los *acuerdos de palabra* del coordinador general. Concluimos que las condiciones del sujeto en interesarse en “poner su parte” (desplegar su agencia) en las interacciones que se necesitan para implementar un programa, son agrupables como desmotivación a participar (por diversos motivos: descriminto, apatía, desinterés de un sentido en esa tarea, etc). Las actitudes que detallamos, no representan a sujetos participantes en esas interacciones. Participar en la *cuestión común* que aborda la política pública va más allá de participar para defender intereses segmentarios (a través de la lucha) o de involucrarse para obtener intereses individuales. Concluimos ejercer un derecho, el de participar, ocurre o no según las representaciones del sujeto sobre dicho derecho y su necesidad del mismo. Como expresa Solitario (2008:12), estas representaciones de la dimensión subjetiva del funcionario, están

construidas, entre otras cosas, por *los modos de disciplinamiento (Solitario et al., 2008)*. Así, podemos decir que la dimensión subjetiva del funcionario, expresada en las conductas y acciones analizadas en la tesis, condiciona, a la vez, la posibilidad de encuentro / desencuentro entre la población y los servicios de salud.

En resumen, bajo el contexto de la *Red AMBA*, las actuaciones que limitaron la participación de los funcionarios creemos que reflejan, por un lado, desesperanza, desconfianza, enojo, reclamos, ausencia, distanciamiento, descreimiento, ocultamiento, renegación y cinismo. Por otro lado, aquellos funcionarios locales que consideran los cambios de contexto de la *Red AMBA* como perturbadores del orden, limitaron las interacciones, como se reflejan en acciones de dominar la situación de las escenas (ritos, discursos, símbolos de poder) y en conductas de corrección de las disrupciones (capacitaciones estructuradas normalizadoras).

Desde el aporte teórico sistémico, si un conflicto no se sienta al diálogo, consideramos que es expresión de violencia estructural que no pudo ser contrastada por espacios estructurados para la participación social. En ese caso, tanto el conflicto como el consenso, consideramos que son anulados por la violencia; se violentan las relaciones y consecuentemente las subjetividades intervinientes. Esta descripción la identificamos en las actuaciones pasivas de varios actores (como en la escena final de la introducción), actuaciones que consideramos poseen anuladas sus posibilidades de perturbar una escena (para que se exprese el conflicto subyacente) por que sus conductas responden a marcos contextuales y metacontextuales que inhiben la actitud activa.

Aportamos con esta tesis a la “*definición de la accesibilidad como una relación [dinámica] entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse*” (Solitario et al., 2008, p. 12). Nos permitimos sumar aportes sobre los condicionantes de esa *relación dinámica*. Los funcionarios descritos van a ese encuentro condicionados, desmotivados, con poca apertura a lo que pudiese ocurrir en esa interacción. Sin embargo el sujeto

desmotivado está ligado a ese “entre” de las interacciones, que es por donde se motiva o desmotiva (como el cable por donde fluye la energía) y a la vez es también desde dónde se va al encuentro (el sujeto pone, o no, su propia energía en ese entre). Ese espacio entre las relaciones, tanto entre las partes (las personas) como entre los niveles del sistema (“los guiones” de la dimensión político-técnica-comunitaria), están dominados por la violencia, y como menciona Mantiñán (2018), es desde dónde performa las personas y los espacios (Mantiñán, 2018). Por lo anterior, concluimos que lo que desplaza a la violencia de ese lugar es la participación ciudadana en los temas del bien común, siendo el mecanismo lo que enuncia Menéndez (1998) *“la PS en sí, cuestiona el individualismo, la dependencia, la apatía, etc; al involucrarse el individuo en una actividad colectiva tendría a superar la atomización social y posibilitará la construcción de una subjetividad no centrada en lo privado”* (Menéndez, 1998, p. 10).

Urge instalar políticas de la vida (Fassin, 2004). Para esto, en términos “socio-médicos prescriptivos” proponemos indicar a nuestros pacientes desmotivados¹¹¹, a que participen en cuestiones sociales (en sus comunidades, de manera presencial). Esta prescripción socio-médica la proponemos como remedio (o antídoto en algunos casos) para revertir y prevenir las enfermedades psico-anímico-espirituales y físicas de la violencia. Como ya vimos, vivir sólo y no tener red social, es el predictor de mortalidad más importante en el estudio de Pantell (2013). Lo llamativo es que el colesterol alto, deja de ser un factor de riesgo, por lo que su tratamiento lineal, es decir el de reducirlo con estatinas, debería dejar de realizarse (Pantell et al., 2013) porque según este estudio el colesterol (no es ni malo ni bueno). Más bien lo que vemos es que es muy malo no tener lazos sociales. Tal vez, quienes venimos de una formación biomédica, luego de la evidencia acumulada en estos últimos 10 años, según la propia MBE, debemos comprender que nuestras prescripciones tienen que empezar a ser socio-médicas y no sólo indicar la participación en el nivel de las acciones

¹¹¹ Las incidencias de suicidio juvenil son epideméticas, en aumento. La salud mental en general es síntoma de una sociedad violentada.

individuales. A la vez, podemos mediante nuestra agencia transformar nuestras instituciones médicas introduciendo espacios participativos para la construcción de nuevas “prácticas socio-médicas” que abarquen los determinantes sociales de la salud. Para este cambio, necesitamos reflexionar sobre qué fuerzas sistémicas necesitamos reproducir en nuestra pequeña y gran agencia personal.

2) Dentro de los condicionantes de la PCS, agrupados en esta dimensión, concluimos en segundo lugar (Francia)¹¹² sobre aquellos factores que **condicionan estimulando** las conductas participativas. Es decir, una vez más en términos de Galtung (Galtung, 1969), las potencialidades de las partes del sistema se encuentran limitadas (Galtung, 1969). Estas conductas limitadas, como compartimos más arriba, las observamos en “no poner la voz propia”, en ausentarse o distanciarse en los rituales de las aperturas de los centros de salud, en el rol de los profesionales de salud diseñado bajo el MMH y en las capacitaciones a PCS. Las describimos y agrupamos en una categoría como expresión de la desmotivación de ser parte de una trama. Trama ocupada y reflejo a la vez de la violencia estructural que sostiene el status quo dominante (B.-C. Han, 2018), que para esta tesis representa el extremo topológico más distal y rígido del poder constitutivo de Foucault (Foucault, 1971). En términos del coordinador de la *Red AMBA* nos adaptamos a ese extremo “*Cuando ponemos el cuerpo en el trabajo pero no somos parte del mismo, un cuerpo vacío en el trabajo*”.

Del material empírico, en los espacios de los equipos de la *Red AMBA*, se percibe un habitar el trabajo y una motivación que se inicia por la percepción de participar en un ámbito que cuida. En términos de una cita de la encuesta de evaluación de la *Red AMBA* (Agosto 2019) al propio equipo, se refiere: “*Al inicio sentí mucho malestar producto de otras experiencias de trabajo en el Estado, pero aquí más allá del cansancio por el viaje y la intensidad del trabajo me siento parte y valorada, que atienden a mis necesidades y que se prioriza la persona y la calidad del trabajo, lo cual me*

¹¹² Argentina salió campeón mundial en el 2022 y se instaló que en la enumeración de cosas la palabra segundo es sinónimo de Francia.

motiva a seguir aportando lo mío con los equipos". Como se referenció en la mesa de café, el valor de las intervenciones institucionales para el cuidado y reflexión de la tarea empieza con los propios trabajadores. Con estos aportes empezamos a definir a **la participación ciudadana en salud en tanto proceso de cuidado que habita el poder**. La interconexión (Cuadro 3.1) de las partes hace a la influencia mutua. Por lo que es posible que personas optimistas puedan ejercer influencia en los desmotivados, ya que *"la constitución del sujeto no es un acto individual sino un proceso relacional"* (Menéndez, 1998).

Como vimos, en algunos relatos, como en el de la mesa de café del capítulo 4, la esperanza está puesta en un por-venir mejor, gracias a la redefinición retrospectiva de los intentos previos. Esas *semillas* insertas en las políticas públicas con el enfoque de *"esa estrategia"*, se reconocen presentes en la *Red AMBA*, desde ATAMDOS. La mesa de café como acto participativo, la participación en sí, es motor de que esa historia no estaría muerta, la mesa de café le da un nuevo sentido a la historia y a la vez un nuevo sentido al por-venir: la esperanza. Los actores de la mesa de café aportaron las características necesarias de las *personas participantes* según describimos en el capítulo 1 a partir de la bibliografía (Buraschi et al., 2019, p. 7): no se basan en planificaciones rígidas, usan la escucha como herramienta para sentir la trama, confían en el sentido de las propias acciones y reconocen los saberes de la trama, para construir categorías puente entre saberes, para animarse a la no repetición de las formas conocidas¹¹³.

En el capítulo 5, esa influencia mutua hacia *esta estrategia* que invita a participar con lo propio, la iniciaban las personas del equipo técnico de la *Red AMBA* en las actividades de cuidado ejemplificadas para "activar otras" entre los presentes, en los encuentros participativos.

Concluimos que las personas con las capacidades descritas en el capítulo 4

¹¹³ Animarse a caminar toda la cinta de moebius. Si no nos animamos a pasar por el cruce donde lo instituido se vuelve instituyente porque volvemos a caminar la parte de la cinta que mira el centro en el interior de ese bucle, quedamos siempre mirando lo mismo (para adentro) eso nos lleva a repetir formas conocidas y de tanto caminar hacia adentro no hay más lugar en ese espacio y llegamos a la clausura. Pasa todo lo contrario si nos animamos a cruzar. (Nota de la autora, la apertura y las consecuencias las explica en seminarios de complejidad)

(personas participantes) más el dominio de las habilidades de cuidado comunitario de las personas que llevaban las actividades descritas en el 5, nos permite determinar una integración categorial en lo llamamos **personas salutogenistas**. En base a las características detalladas en los capítulos correspondientes, brindamos información para orientar cómo llevar adelante capacitaciones donde recuperemos dichas capacidades y habilidades¹¹⁴.

La bibliografía hace referencia a las personas participantes (Buraschi et al., 2019), a motivadores extrínsecos (Zulich et al., 2015), (“*sopladores de brasas*” devino el nombre de un grupo de whatsapp de integrantes de la *Red AMBA*) y en esta tesis presentamos a las salutogenistas¹¹⁵ (quienes generan salud): personas con percepciones de su propia competencia, conexión con otros, establecen interacciones, apertura auténtica a la otredad, ofrecimiento mutuo de la palabra, reconocedores del acto humano, trascendencia dialógica y no violenta de los conflictos. Reniegan de enseñanzas pasivas unilaterales (docente-alumno), no son talleres lo que brindan, Buscan que “el sujeto se active” Recuperan saberes dormidos¹¹⁶ con habilidades prácticas que arman la trama comunitaria. Las hemos visto usar el aire: narrando historias, cuentos y poesías, interpretando instrumentos y cantos; el fuego: cocinando comida, haciendo tinturas, infusiones y avivando los encuentros; usar la tierra: la remedian, la siembran y cosechan y usar el agua: la limpian, hacen jabones, la purifican, la cuidan. Trabajan en rondas dialógicas y/o musicales, en grupos, entre risas y bailes, recuperan el abrazo, cambian los gritos de las crianzas violentas por cantos de músicas pentatónicas de atávicos procesos rítmicos¹¹⁷ (Nikolsky, 2016). Como se ejemplificó con la escena de la tercera capacitación a PS del capítulo 5, las actividades de estos dispositivos, son sólo la excusa para sentirse parte de la

¹¹⁴ Estas capacidades y habilidades se acompañan a recuperar en el curso de “*Cuidado integral y Salutogénesis*” dictado por un equipo de personas del cual la autora forma parte.

¹¹⁵ Mónica Schpilberg, docente del curso “*Cuidado integral y salutogenesis*” (del Hospital Italiano de Buenos Aires) aportó el nuevo término para enunciar la formación de “salutogenistas”. A juicio de la IA consultada, el mismo no se encuentra creado.

¹¹⁶ la Metodología Arraigada Intercultural (MAI) articula la concepción de educación propia y arraigada a los principios de la pedagogía maya

¹¹⁷ https://www.infobae.com/sociedad/2020/08/20/quien-es-zulema-la-asistente-social-que-recorre-las-villas-de-la-ciudad-y-motiva-a-los-equipos-del-detectar/?utm_medium=Echobox&utm_source=Twitter#Echobox=1597938267

trama, para “activar” a que las partes despierten sus saberes. Destacan la parte actitudinal y enfatizan la capacidad de establecer relaciones afectivas, reconociendo y empoderando a que los participantes se sepan sujetos poseedores de fuerza y potencia.

El *estar ahí*, en la trama, recupera la fuerza de igualdad no sólo con otras personas sino con el resto de las partes del sistema, el respeto del encuentro, generan contextos propicios “*el ambiente es muy agradable, logré distenderme*” (registro de campo de la tercera capacitación de PS; Capítulo 5). Distender significa “hacer menos tensa o tirante una relación, una situación u otra circunstancia; hacer que disminuya la tensión de una cosa que está tensa o que tiene tensa alguna de sus partes”. La tensión de fuerzas que se afloja en una estrategia que no contrapone, que no vence la tensión existente con una fuerza opuesta para anularla. El contexto pasa a ser dominado por una acción que permite que las interacciones se flexibilicen y puedan expresar nuevos significados.

3) Nos preguntamos el rol de las políticas de salud para que *la relación entre los servicios y los sujetos* habilite las condiciones donde, *tanto unos como otros, que contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse* (Solitario et al., 2008), puedan entrar en un proceso de conflicto / acuerdo a nivel de las representaciones sociales para que así surjan y se potencien las estrategias de afrontamiento o saberes que cada comunidad tiene, desplazando la hegemonía médica (Scaglia et al., 2021). ¿Cómo recuperamos los espacios de interacción? Veamos qué nos aporta el caso investigado. Un **condicionante positivo** para que se exprese la dimensión relacional fue la **reunión de equipo** en los centros de salud medida con un proceso estandarizado de facilitación por un equipo de facilitadores con competencias en trabajar en la comunidad y desde la perspectiva de derechos, aplicando las metodologías participativas descritas a lo largo de la tesis. De la misma manera, el andamiaje relacional construido en las **reuniones en los distintos niveles**, empezando por las que describían el proyecto a los municipios en la previa a las formalidades para su firma, pasando por las de los equipos mixtos en cada municipio, las de los equipos

de AMBA en la meso-micro-macro y las reuniones transversales. Todas contaban con un proceso sistematizado de soporte, en varios sistemas de información, para garantizar la comunicación de emergentes de la micro y los recursos de la macro y así evitar los *cajoneos* de información que construían poder por algunos actores.

Veamos que tenemos hasta acá para que las interacciones sean algo más flexibles, habiliten la participación y el sistema recupere los saberes de las partes, pasos necesarios para la sustentabilidad, desplazando antes la violencia: 1) tenemos un pequeño cambio en el contexto (la política pública) que genera las condiciones (voluntad política, recursos y equipo técnico) (contextualidad y resiliencia) para una interacción, 2) los equipos de personas participantes y algunas salutogenistas (influencia mutua) 3) tenemos el andamiaje relacional (interdependencia - retroalimentación) construido en andamiaje estructural 4) tenemos las partes con bajo nivel de motivación. Estamos lejos de desplazar la violencia, apenas hemos introducido un pequeño estímulo del contexto y construido la urdimbre con un gran soporte técnico para que fluya la información, algo los saberes, pero aún no se distribuye el poder. Apenas se han activado algunas partes, con baja motivación a participar, aunque las reuniones de los ENS se empiezan a poblar y problematizan los temas que priorizan ellos mismos (y en algunos casos las mesas de salud con actores de la comunidad). Pero en paralelo, vemos que además de la dificultad de participar, no sabemos construir salud. El médico *“no está formado en salud, está formado en enfermedad para asistir enfermedades”*. (M.S. mesa de café, capítulo 4).

Sin embargo, los médicos no deponemos nuestro accionar sobre “la comunidad”. La manera en que se capacitaron los PS es una demostración de que la asimetría en la relación “médico-paciente” del modelo MMH, se traslada a la relación “promotor de salud-persona de la comunidad”. Esta relación no es problematizada y como describimos en el capítulo 5, se refuerza un sentido altruista en las actividades comunitarias: el equipo va a dar conocimiento, es compasivo, humanitarista y no deja de intervenir desde una relación asimétrica.

Lo que estaría en bambalinas, aquello que nos “condiciona” es lo que Scaglia (2021) señala como un “*mandato de salvación*”, que en tanto portadores del saber, portamos también el poder (Scaglia et al., 2021). ¿El poder para qué? Creemos poder salvar a los excluidos de aquello que está bien atrás, en bambalinas, que no vemos y no sabemos nombrar pero que nos condiciona a todos los estratos sociales: la violencia. La misma violencia, en sus distintas manifestaciones. La violencia positiva¹¹⁸, en los trabajadores de salud, nos lleva a un hacer sin reflexión, constituídos en un sujeto del rendimiento (B.-C. Han, 2018). Frente a esa violencia estructural, el actor (funcionario estatal de salud) necesita que se acepte su actuación del “bueno” del sistema, que trae “algunos derechos” para rescatar a los vulnerables de aquello que duele, enoja, da bronca e inmoviliza, pero de lo que no se puede hablar: la alianza estratigráfica en nuestros roles de funcionarios públicos para subsistir en el sistema.

Como también pudimos describir en el capítulo 4, esa alianza estratigráfica que se observa en el actor, (entre las fuerzas de la ciudadanía y las de mercado) nos permite entender que los funcionarios pueden seguir actuando bajo el ideal del rol, porque según Marshall (1997) intentan implementar programas de salud que generen, al menos, una ampliación de ciudadanía dentro de lo que las relaciones societales permiten dentro de lo moralmente instituido (Marshall et al., 1997).

Por otro lado, esa actuación heroica, previene que las demandas de la comunidad queden dirigidas al funcionario del Estado, que le “pone la cara a la comunidad”, hay un otro responsable “más arriba” (un responsable de la negatividad cotidiana que el Estado le responde a la comunidad) (B.-C. Han, 2018). Por eso las actividades comunitarias suelen ser muy planificadas por los equipos de salud antes de “salir a la comunidad”, para prevenir las disrupciones de un actor social que pueda incriminarlos como funcionarios

¹¹⁸ Según B.C. Han, la violencia de la positividad o violencia sistémica (la que ejercen las fuerzas de la globalización) de la hiperproductividad, sobrecapacidad, sobrecomunicación, hiperatención e hiperactividad. Nos lleva al burnout. El narcisismo nos adapta. Sería necesario para liberarse de la rueda de hámster narcisista, que da vueltas sobre sí mismo cada vez más rápido, restablecer la relación con el otro, más allá del esquema schmittiano del amigo/enemigo, ligado a la violencia de la negatividad (B.-C. Han, 2018, p. 46).

de un Estado responsable de sus condiciones socio-ambientales. La disonancia entre el rol que pide que reproduzcamos la fuerza dominante en el sistema actual (en esa alianza estratigráfica de fuerzas) y la impotencia que siente el profesional de salud su rol ideal, se resuelve en conductas individuales y actuaciones que alteran entre altruistas, compasivas, heroicas, renegadas, cínicas, cegadas y cada vez más depresivas (los profesionales de la salud son una de las ocupaciones laborales con mayores tasas de suicidio (Milner et al., 2013)). Estas actuaciones le permiten al funcionario mantener la coherencia frente a la desigualdad social que imprime a sus propias interacciones sociales.

Creemos que, la imposibilidad de tomar distanciamiento del rol por parte de los funcionarios es una condición que inhibe poder reflexionar en conjunto sobre la desigualdad social y sobre otras lógicas de poder posibles de las estructuras sociales. A partir de los fragmentos del capítulo 5, la asimetría jerárquica que se construyó entre funcionarios y PS, nos permite concluir que el principal condicionante de que no existan esos espacios de “*estar ahí*” es porque los funcionarios, no se perciben como sujetos en igualdad de derechos con las personas de la comunidad. No apareció en las interacciones ni en los relatos, la reflexión como funcionario de una institución sobre el ejercicio de su rol, tal vez justamente porque la institución a la que pertenece no posee instancias de encuentros institucionalizados de participación con reflexión sobre la reproducción de la desigualdad que una acción altruista produce.

Pero volvamos a recuperar nuestra utopía para construir un rumbo optimista. También, concluimos que el caso de estudio muestra un indicio hacia una incipiente construcción de nuevas reglas de un juego, cuyo tablero no parece jugar en un “campo de batalla”. Es más bien un juego de desafío de ingenio, para visibilizar la tridimensión de la trama, para lo cuál, cuantos más juegan y se expresan más trama se construye y se relaja la tensión desequilibrada del sistema “*nos distendemos todos*”. Aún falta construir los mecanismos dónde se recuperen actitudes de confianza, coraje y valentía para “deponer” el propio poder en aquello que se domina (saber, espacio, etc). Estas

actitudes se requieren para estar receptivo al de los otros y también para estar sensible e intuitivo a sentir por donde va la melodía de lo nuevo.

Construir esos marcos como entendemos de la historia, especialmente del programa ATAMDOS, requiere la chispa que enciende y luego el tiempo que cocina las nuevas formas. En este enfoque, es posible dejar de pensar en que hay un territorio en disputa, porque el proceso que construye nuevas formas, vienen con su territorio y no se pisa el anterior. Aparece un espacio nuevo que no existía previamente, el territorio se aumenta, es decir lo instituyente trae también un nuevo lugar¹¹⁹ (Rolnik, 2019a) y acá podemos contestar que lo que Han (2018) enuncia que “*el aumento del poder es un aumento de espacio*”(B.-C. Han, 2018, p. 66) (él lo dice en relación a las conquistas territoriales de las guerras como consecuencias de un poder de dominación), en la concepción sistémica parecería ser que el poder de cooperación también construye nuevos espacios.

Pero tampoco sabemos cómo ampliar esos campos, consideramos que es importante conceptualizar la reflexividad sobre la incertidumbre frente al vacío creativo y creer en el empoderamiento de la comunidad. Pensamos que es necesario construir nuevos términos, la expresión Modelo Salutogénico Comunitario permite albergar los aportes incipientes de esta investigación, una prescripción socio-médica de reconstrucción de lazos sociales para habitar el poder que cuida la vida e ir dándole forma a la construcción de entre-saberes, no para cuestionar el MMH, sino para aportar la diversidad negada y subordinada, pero tan necesaria para la sustentabilidad.

¹¹⁹ La imagen de movimiento para observar el proceso de participación ciudadana desde una perspectiva sistémica con posibilidad de generación de nuevas realidades, es también explicada por Suely Rolnik representando el proceso viviente en una lemnisca o cinta de moebius (cinta unida en sus extremos, en donde lo de adentro continua con lo de afuera en tanto existe un punto de torsión que las cruza). Rolnik menciona una actividad de la artista Lygia Clark que nos hace experimentar al cortar la cinta de manera paralela a sus bordes, sin pasar por el mismo punto por donde empezamos a cortar: aparece un espacio nuevo que no existía previo al acto de cortar, la cinta “crece” y vemos que el territorio se aumenta, es decir lo instituyente nuevo tiene también un nuevo lugar. (Rolnik, 2019b) Es posible dejar de pensar en que hay un territorio en disputa, porque lo nuevo viene con su territorio, no “pisa” el anterior.

Llegado a este punto entendemos que esta tesis podría ser analizada desde la perspectiva de género, vemos que el género está configurando las interacciones que observamos en las escenas, tanto en las de dominación (como el ritual ceremonial de la introducción centrado en el varón) como las escenas de cuidado (en las capacitaciones de los talleres a PS dictados por mujeres). Por la extensión del abordaje elegido para esta tesis, que requirió extendernos en explicar parte de la teoría de sistemas complejos como de una metodología que dé cuenta de niveles interconectando procesos y formas, postergamos incluir la perspectiva de género del análisis.

Para lograr la propiedad sistémica que construye nuevos campos (capacidad autopoietica sistémica), nuevos territorios que amplían los espacios y por lo tanto el poder, las expresiones subjetivizadas brindarían a las partes la posibilidad potenciar sus saberes y habilidades. Las escenas muestran que el marco no fue suficiente, tal vez sería necesario un proceso por más tiempo de lo que se logró en la *Red AMBA*, sin embargo de los indicios que se observan en las escenas, se identifican algunos cambios hacia permitir confiar y deponer la actitud de autodefensa "... *pero si acá (en el municipio) estamos haciendo todo eso, hace 20 años que estamos haciendo eso*" (Dir de centro de salud del Municipio 2do cordón de AMBA). Posteriormente a las primeras acciones problematizadas en las reuniones del equipo de salud, la misma directora reconoce el valor a lo que llamamos las "dinámicas de entre-saberes": "*M. (administrativa que vive en el barrio) detectó que su vecina podía tener tuberculosis por lo aprendido en la reunión de equipo y efectivamente se confirmó el diagnóstico*".

En esta tesis, sostenemos que según sea cómo las políticas públicas regulen la expresión del binomio participación-violencia, será la forma que adopta el sistema (rigido-democratico en equilibrio dinámico-disipativo). Vimos que en tanto las instituciones tengan limitado su potencial, las mismas van a ser expresión de relaciones institucionales moldeadas por expresiones del binomio hacia el lado de la violencia porque el flujo de poder se mantiene unidireccional. Pero ¿cómo generar los cambios estructurales que la mesa de café del capítulo 4, propone como solución?

En sistémica se sostiene que “*la fuerza o función precede a la forma*”¹²⁰ por lo que para que se puedan cambiar viejas estructuras y construir nuevas formas institucionales, el primer paso es conformar los espacios institucionales, dónde la fuerza que generan esas otras formas se dinamicen, lo que llamamos iniciar los procesos participativos. Esto requiere ir abordando los condicionantes que rigidizan las estructuras. Pero ¿por quiénes?, vimos que los funcionarios individualmente reproducen la forma dominante en la escena (determinada por el contexto y el metacontexto), y su poder de agencia está desmotivado frente a la intensidad de la violencia estructural que se acrecienta y eso lleva a que descreen de su fuerza para construir un sistema en igualdad. El proceso que lleva a nuevas formas empieza gradualmente y requiere tiempo y energía, además de voluntad política y recursos. Como refiere Marta Santore, los procesos participativos, dialógicos y reflexivos, empiezan por el personal de las instituciones. No se puede cuidar si no estamos cuidados. Para lograr el MSC, también describimos el andamiaje relacional, que encontramos referido en la bibliografía como dispositivos dialógicos. Vimos en los antecedentes y en el marco teórico, los indicios presentes en la bibliografía de cómo se están proponiendo los dispositivos para los procesos participativos (Francés-García & La Parra-Casado, 2019), en las tecnologías transicionales (Castillejo, 2021), en los dispositivos dialógicos de implementación local (Chiara & Di Virgilio, 2005) y finalmente los andamiajes relacionales de la Red AMBA en esta tesis.

Podemos decir que un dispositivo entra en esa categoría si se expresen las propiedades sistémicas del cuadro 3.1 del capítulo 3: la construcción de relaciones interdependientes “*si te va bien a vos me va bien a mi*” (interdependencia), crea conversación del desacuerdo en la diversidad (caos con resiliencia), ocurre la participación generativa (retroalimentación, no linealidad), aparece el encuentro, el aprendizaje (emergencia) y siempre la diversión creativa (caos y dinamismo) y se impulsa la autonomía (autoadaptación). Estas propiedades permiten abordar el vacío paralizante

¹²⁰ “la función hace al órgano”: el ojo se va desarrollando porque existe la luz y una “posibilidad de ver” y no al revés: primero el ojo que intenta ver.

como un vacío fértil simiente de la novedad (Najmanovich, 2021). El saber emergente surge de co-inspirarse con el otro, de la imaginación y creatividad (C. L. Perlo & Romorini, 2011).

Aportamos que desde la teoría de sistemas, la energía del contexto (contextualidad) aún con pequeños estímulos, puede tener un impacto significativo en el comportamiento del sistema. Esa es la función de las políticas públicas, de los artesanos de contextos que crean las condiciones iniciales para las interacciones sociales (S. Fuks, 2009). Al ser un sistema complejo, las interacciones entre las partes, que requirieron de energía del contexto, requieren también, en el mismo nivel contar con personas participantes (motivadores extrínsecos, salutogenistas), para “mantener” los pequeños estímulos introducidos inicialmente gracias a recursos económicos, estructura de facilitación del programa, capacidad técnica y voluntad política. Esa energía que se necesita para mantener el movimiento, se encuentra en la participación social, pero ésta requiere espacios de encuentro, aún condicionados por distintas expresiones de poder de dominación.

Lo que sigue en esta receta prescriptiva que dejamos en este apartado, es propiciar que ocurra un círculo de retroalimentación, que sería acompañar y facilitar a gestionar democráticamente con participación deliberativa en red. La construcción de redes, donde el poder no está centralizado, es un desafío epocal del paradigma sistémico (Rovere, 1999). Encontramos evidencias incipientes de instituciones diversas (con diferentes objetivos) que se aúnan en un propósito común de salud, entre organizaciones no gubernamentales locales y empresas donde el Estado recupera su lugar de facilitador del flujo del poder comunitario y proveedor de recursos a ese entramado co-gestionado (Ramírez et al., 2023).

La suma potenciada de los componentes tendría lugar por un contexto facilitador de un proceso que iría “absorbiendo” la violencia que emite aquel que depone su poder en el nuevo marco (“*nadie entrega su poder sin antes quejarse, agredir, resistir o declamar su altruismo*” Coordinador de la Red AMBA). Esa energía “contenida” que suelen expresar las partes al momento

del choque de fuerzas (generando más violencia) requiere de vías de expresión no violentas (propiedad de resiliencia Cuadro 3.1), esas acciones (de absorber, adaptarse, recuperarse de crisis y aprender en ese desempeño) se encuentran en escenas de la *Red AMBA*, que no describimos en el material empírico seleccionado.

También otro aporte fue observar cómo la *Red AMBA* se comportaba, en alguna medida, como un disruptor sistémico en los municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires donde se implementó el programa. La *Red AMBA* influiría a nivel del contexto en las interacciones sociales seduciendo con recursos estructurales (construcción de centros de salud, desembolsos económicos para recursos humanos, informatización del sistema y recursos para actividades comunitarias) y con recursos relacionales (metodologías de gestión participativa); ambos tipos de recursos, estructurales y relacionales, serían vehículos para la expresión de las fuerzas de igualdad de derechos.

Finalmente para los aportes que consideramos útiles al campo de implementación de programas en salud, compartimos las conclusiones en el siguiente apartado.

IV. Aporte al campo de implementación de políticas sanitarias: dispositivos del middle out

Clasificamos al programa de la *Red AMBA* como expresión de un recorrido iniciado por las fuerzas sistémicas para recuperar el estado de equilibrio dinámico, lo que equivale a reflejar una forma del intento de construcción de la integración, articulación y diálogo político-técnico-comunitario en el sistema. La estrategia para “construir los enlaces” entre lo emergente y lo instituido, mencionada como middle-out tiene las características sistémicas que permiten que las interacciones puedan ser bidireccionales, interdependientes, con retroalimentación y búsqueda del punto de criticidad autopoietico. Estas características, además de los antecedentes del término nativo middle out, las describimos en el capítulo 5.

En el campo de la implementación de programas, el término de middle out sería una de las formas novedosas de implementación de políticas públicas,

además de las formas top down y bottom up. Silva Paim (2014), refiere que las críticas a estos dos últimos modelos llevaron a la generación de estudios que revelaran modelos capaces de combinar y sintetizar los anteriores, lo que menciona como la necesidad de crear “*enfoques multicausales*”(Paim & Almeida Filho, 2014, p. 75).

Consideramos que estos dispositivos se empiezan a pensar por la necesidad adaptativa del sistema que requiere flexibilización. Flexibilidad que se lograría si dichos dispositivos permitieran sistematizar el proceso dinámico de retroalimentación del sistema, proceso que permite que se produzcan y habiten nuevos sentidos y nuevos significados. Los fundamentos de la necesidad de esos dispositivos los encontramos en la literatura en lo que cita González en su tesis sobre Massey (2012) como “*Los lugares y los espacios, más que localizaciones con coherencia propia devienen focos de encuentro de lo no relacionado. Aún más, si eso es así, entonces lo espacial se convierte en generador de narrativas. Al poner en contacto distintas temporalidades, lo espacial provoca interacción, la cual pone en marcha nuevos procesos sociales*” (González, 2020, p. 145). También encontramos estos fundamentos en los aportes de Chiara (2005) sobre “Regímenes Locales de Implementación” para conjugar ambas aproximaciones (top down y bottom up) y entender *lo local* y modificar el entramado de intereses (Chiara & Di Virgilio, 2005, p. 36) y en el aporte de Castillejo sobre “tecnologías transicionales” (Castillejo, 2021). Es decir, el middle out representaría la planificación de prioridades y estrategias adaptables durante el proceso de implementación, lo que sí o sí depende de sistematizar el flujo de retroalimentación, tanto de la comunicación como de las formas (las nuevas topologías) que se van logrando durante la gestión. La construcción de espacios y canales donde dialoguen los intereses de los actores de los distintos niveles de gestión, nos parece uno de los condicionantes más importantes para que ocurra la PCS, ya que sería un espacio que permitiría también la construcción de la dimensión simbólica de la PCS, es decir pensar *la creación de un conjunto común de objetivos compartidos* del porqué y para qué de la PCS. El sentido del para qué de la participación,

podría alcanzarse desde una perspectiva común lograda por las partes. En términos epistemológicos podríamos decir que este programa se proponía lograr una estrategia (“de prácticas sociales del medio”) que generasen nuevos conceptos, para que cada parte del sistema pudiera incluirlos, junto a sus conceptos discordantes previos, bajo la construcción de una nueva categoría común que fuera jerarquizada conceptualmente, de la misma manera en ese espacio facilitador de integrar las dicotomías (Schön, 1979). Una forma de construir clasificaciones y jerarquizaciones es a partir de metáforas espaciales (Gorbán, 2008), Si bien, Gorban (2008) lo plantea en relación a la desigualdad social y la simbolización del espacio en representaciones sobre la distancia social más que física de habitantes de barrios vulnerabilizados y la ciudad, su aporte “... *nuestro sistema conceptual es en gran medida metafórico. Y en ese sentido, la metáfora no es solo una operación sobre el lenguaje sino que, al mismo tiempo, describe modos de pensar y actuar*” (ibid: página 50), nos permite proponer que el *espacio del medio* (el middle out de una política pública) podría metafóricamente poder “unir”, “hacer dialogar las lógicas y las culturas de los de arriba con los de abajo”, en términos de desigualdades de poder.

Por lo anterior concluimos que el caso en estudio nos permitió observar que la característica sistémica que más representa el middle out es la resiliencia: *una función de la trama relacional con la capacidad de absorber perturbaciones o crisis y obtener un aprendizaje* (Cuadro 3.1). El middle out contiene “la violencia” que un poder vertical emite. Es una función amortiguadora que construye el contexto para absorber la energía que emerge cuando se habilita el conflicto (que estaba violentado), esa función evitaría que la violencia llegue a los espacios donde habitan las interacciones basales creativas (como simiente autopoietico de todo el sistema). De esa manera, las interacciones sociales de los procesos participativos se transformarían en usinas de la creatividad.

Creemos que para que estos espacios del medio ocurran, los funcionarios requieren de espacios de reflexión sobre la resiliencia personal, es decir en la capacidad, individual o grupal, de no sólo transformar el input de

violencia que reciben para no transmitirlo a los niveles “de producción”, sino que además y paralelamente en la capacidad de mantener contextos positivos que habiliten las interacciones del nivel relacional más eco-comunitario. Es decir, la resiliencia sería la capacidad de los procesos participativos de recibir la tensión del entorno. Esta capacidad no depende del rol ni de la posición jerárquica que ocupan los funcionarios, sino más bien de las actitudes dialógicas, que en paridad, se puedan habilitar a la hora de implementar políticas públicas.

Esta acción de transmutar violencia por participación, es una cualidad necesaria a desarrollar y aportamos una receta socio-médica para lograrlo: 1) se requiere **separar el poder** (considerado como vimos una propiedad emergente del sistema) de la violencia (violencia como el vehículo que de un tipo de poder, el de dominación) y 2) el acto de esa “separación” libera la energía de la violencia “al contexto”, se requiere construir un contexto que permita **absorber la energía** por una estructura resiliente (con funcionarios y estructuras resilientes y flexibles). Esto alteraría que el flujo vertical direccione a la violencia hacia el nivel de organización basal.

3) Se requiere **habitar el poder**. Consideramos que la resiliencia del sistema es una propiedad necesaria a construir mediante políticas públicas. Para esto, las implementaciones deberían proponer a la sociedad civil, habitar los espacios creados para procesos participativos. Estos son lugares dónde es posible invitar a desarrollar la resiliencia del sistema, porque es en el proceso, de manera gradual, que se “va absorbiendo” la violencia que surge al habilitarse la expresión del conflicto mediante la participación. Es *ahí*, que el poder cambia a uno de cooperación, que dijimos genera formas diferentes a las jerárquicas (de redes, funcionogramas y estructuras heterárquicas) si es que se superan las formas bourdianas de competir por el campo.

Es decir, consideramos que es posible empezar a institucionalizar algunos espacios de participación ciudadana con facilitadores de las propiedades que el sistema requiere para alcanzar su estado dinámico, a la espera de que en

esos pequeños intentos emerja poder de cooperación y, cual efecto mariposa, construya las nuevas formas.

De cómo se despoja el poder de la violencia y se transmuta a cuidado gracias a la participación:

B. C. Han (2018), dice que “*el poder construye un continuum de relaciones jerárquicas y la violencia genera rupturas...la violencia roba a sus víctimas toda posibilidad de actuación. El espacio de actuación se reduce a cero*” y refiere que “*Bourdieu no hace una distinción clara entre poder y violencia*” (B.-C. Han, 2018, p. 18). A partir del enunciado anterior, nos apoyamos en que en ese continuum de relaciones entre las partes el poder construye las estructuras, y puede hacerlo de varias formas, jerárquicas o heterárquicas, según sea el tipo de poder que habita las relaciones. Un poder de cooperación construirá relaciones en red mientras que uno de dominación, jerárquicas y piramidales. El proceso en ese continuum que genera las formas topológicas, puede llevarse a cabo de una manera sistémica o de una con disputa por el campo. En esta última manera, aplicando el aporte de Han (2018), una vez construidas las jerarquías con el poder de dominación, actúa la violencia para separar las partes (*la violencia genera rupturas*); sobre todo separa a la jerarquía superior en el orden de la estructura, para lo que necesita anular la participación (*roba a sus víctimas toda posibilidad de actuación*). Esta separación elitista de las jerarquías superiores responde a un enfoque antropocéntrico (que concibe al ser humano el centro de todo y produce una supeditación de lo “demás” y el sentido es una carrera en el ascenso piramidal). En el caso del poder de cooperación, se crean y relacionan *distinciones* (en lugar de jerarquías) en función de las necesidades de un sentido biocéntrico (donde el centro es la vida en su conjunto, y el sentido se experimenta en la trama).

Con todo lo anterior, hemos intentado detallar un mecanismo causal de cómo la participación sería la contracara de la violencia. De cómo cada cara, permite o inhibe el “fluir” por ese continuum que crea el poder para vincular las estructuras, según sea el sentido que adopta el sistema (antropocéntrico o

biocéntrico). Recordemos que en sistémica las estructuras (formas) son consecuencia de las funciones o sentido del sistema (*la función hace al órgano*). Es decir, el sentido del sistema pone en movimiento (o rigidiza) las partes que lo componen mediante “algo” que conecta (o desconecta) los “entres”. Consideramos que lo que conecta si hay emergencia del poder de cooperación requiere de vehículos de energía interhumana como el cuidado, el amor, la ternura.

Concluimos que para desplazar la violencia, se requieren entonces actuaciones intensas, respetuosas, acaloradas, o sea muy participativas y perturbadoras para que surja la expresión del conflicto. Se requieren contextos resilientes, capaces de absorber y transmutar la energía que emerge del conflicto.

Para contestar la propuesta de Fassin (2004) de construir *políticas públicas de la vida*, consideramos que las mismas deberían ser las tutoras de la participación, con funcionarios y andamiajes del continuum relacional dónde se puedan expresar formas topológicas del poder de cooperación gracias a transmutar violencia a su binomio la participación. Este continuum invita a aprender el proceso lemniscático entre lo rígido y fluido, lo instituido y lo instituyente. Proceso que se habilitaría en el middle out, dando lugar a la emergencia del pensamiento integrativo (“*esto es verdad y aquello también*”) que expresaron varios actores de la tesis (Fisher et al., 2000). Entre ellos, destacamos a la directora de un centro de salud, una licenciada en trabajo social, que reconoce al modelo MMH y a la vez dialoga con los equipos de salud en cómo reconocer “*que existe esta brecha [espacio] desde dónde el otro, desde su saber y su conocimiento, está*”.

Concluimos que la *Red AMBA*, por su equipo político-técnico y sus acciones, puede ser categorizada como un programa que intervino el sistema a través de intentar estructurar y sistematizar las propiedades de los sistemas complejos, proceso que fue discontinuado por los cambios de gobierno, y principalmente la pandemia de Covid-19.

Finalmente, la construcción de los procesos participativos tendrían por función, habitar esa brecha (espacio, “entre”, “estar ahí”), al ser *procesos*

traductores: amortiguadores de “lo que baja” y a la vez, sistematizadores de la diversidad en “lo que sube”. Un espacio para horizontalizar y/o verticalizar el poder según la necesidad del proceso vivo, porque entramos en la esfera de lo relacional. Lugar desde donde podríamos animarnos a “salir de lo que nos conviene” por lograr un pensar, que además de individual y colectivo (de identidad de grupo) es *conectivo*¹²¹. Ese pensar que se despliega en el espacio intermedio entre una persona y otra, entre un sistema y otro permitiría percibir diferente los sentimientos y prioridades de la trama. Creemos que la categoría nativa “middle out” sería un posible atributo y un condicionante a la vez, de la construcción simbólica de la PCS. Esta sería una tercera dimensión, además de la estructural y relacional, sobre la que se requieren futuras investigaciones.

Ideas que abren: Condicionantes de la dimensión simbólica de la PCS

En posteriores recursividades metodológicas entre la teoría y el campo que aplicamos en el proceso de la investigación, la pregunta que quedó abierta es si luego de lograr las condiciones estructurales y relacionales para que tenga lugar la PCS en los centros de salud, sería posible que el proceso iniciado hacia el ejercicio de un poder transversal, sea capaz de direccionar el sistema hacia el biocentrismo.

Entendemos que la vida es un bien común y que la interdependencia y el cuidado como trama relacional la resguarda. En esta tesis, intentamos también comprender cómo se pretendía instalar la participación como una condición para el cuidado y el desarrollo de la autonomía. Para que las políticas que se proponen mejorar las condiciones de vida, puedan dejar de pensarse bajo el supuesto de que la vida es una consecuencia exitosa de una política económica, se necesita desarrollar conocimiento en cómo diseñar otros modos de organización social que puedan ir en dirección de resguardar la vida. Para eso la construcción de sentidos, prioridades y propósitos comunes también sería factible gracias a la participación ciudadana en su propia salud y la de su lugar donde vive (la Tierra). Esta afirmación la

¹²¹ Ver en el anexo, el link a la Guía de Salud Conectiva de la *Red AMBA*.

hacemos por la experiencia en investigaciones con acción participativa, en rondas de reflexión-problematización-acción dónde compartimos nuestro saber sobre la evidencia del daño a la salud global (Garegnani et al., 2022). No siempre, pero la mayoría de las veces las prioridades empiezan a cambiar hacia el cuidado de la vida.

Para cerrar, mencionamos los condicionantes que proponemos analizar en futuras investigaciones:

1) Desde la mirada teórica de esta tesis, creemos de valor conocer los procesos de la construcción colectiva del *para qué* de la PCS, lo que requiere reconocer cuáles condicionantes dificultan o facilitan comprender el sentido de participar e involucrarnos en los asuntos comunes de la salud desde la sociedad civil. Consideramos dentro de esos posibles condicionantes analizar las conductas culturales antropocéntricas¹²² —dónde se prioriza el beneficio individual del ser humano—.

2) El valor de los espacios para reflexionar sobre los motivos individuales que llevan a conceder o no, a las fuerzas predominantes en el sistema, el propio poder en garantía de supervivencia individual. La construcción de lo común por marcos legitimados por la sociedad e institucionalizados por el Estado, integraría las identidades sin subsumirlas a su propio interés individual frente a una fuerza de dominación o de seducción (por los capitales globales) siendo tal vez ésta la condición primordial para la emergencia de la salud como propiedades generativas de la participación sistémica. Condición que requiere la construcción de ámbitos de encuentro en igualdad con otros para la construcción de entre-saberes en un *estar ahí* (Ranciere, 2012) (Iriart, 2022). No sólo con el cuerpo sino también con el alma.

¹²² Las conductas son las hedonistas en los consumos en general (drogas de abuso problemático y no problemático, bienes materiales, sexo, alimentación, internet, etc.) que violentan cuerpos, psiquis y naturaleza. Las causas de las conductas antropocéntricas se generan frente al *salto al vacío* que se requiere ir dando en el devenir incierto del sistema. Frente a la incertidumbre natural del sistema surge el miedo, la ansiedad, desilusiones de viejos arquetipos, que genera respuestas gregarias de supervivencias, construcción de un enemigo culpable de esos escenarios inciertos y respuestas lineales a problemas complejos.

3) Finalmente, creemos de valor analizar dispositivos para el desarrollo de las capacidades en poder pensarse en *ese vacío* (capacidades conocidas de entendimiento, afrontamiento y manejabilidad en la bibliografía de salutogénesis)¹²³, analizar los factores que nos movilizan a perder la zona de confort y el control logrado en el espacio que ya se domina¹²⁴. Aquí, nuevamente analizar en los funcionarios que implementamos las políticas públicas, los roles consecuentes y reproductores del poder vertical que invita a garantizar certezas en un escenario incierto. Construimos una hipótesis, para ser abordada en un futuro en el campo de la psicología, sobre cómo dejar de reproducir un poder violento, para llenarnos del *sí mismo* que permite, en danza con otros, la construcción de otras opciones de mundos posibles.

¹²³ entendimiento: poder ver de frente el miedo a la incertidumbre, afrontamiento: coraje para saltar al espacio liminal, “al vacío”, manejabilidad: construir las redes, los lazos sociales, los ritos y formas que nos encuentran humanos aún en la peor adversidad. Es decir revertir la violencia.

¹²⁴ No se puede ver el dolor, se construyen relaciones de disfrute, se evita involucrarse en temas que no están en la esfera de resolución individual.

Referencias Bibliográficas

- Abela, J. A., García-Nieto, A., & Corbacho, A. M. P. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo* (Vol. 40). cis.
- Acevedo, M. H. (2013). Principales críticas conceptuales al frame analysis: Del frame al framing. *Revista Pilquen*, 16(2), 00–00.
- Allen, A. (2022). “Feminist Perspectives on Power”,. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.).
<https://plato.stanford.edu/archives/fall2022/entries/feminist-power/>
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 905–925.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Arendt, H. (1970). *On violence*. New York: A Harvest Book Harcourt. Inc.
- Armus, D. (1880). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. *La Modernización Y Sus Límites (1880-1916*
- Arora, N. K., & Mishra, I. (2019). United Nations Sustainable Development Goals 2030 and environmental sustainability: race against time. *Environmental Sustainability*, 2(4), 339–342.
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., & Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 32, 92–97.
- Auer, A., & Espinel, y. J. E. (2011). *La Organización Panamericana de la Salud y la salud internacional: una historia de formación, conceptualización y desarrollo colectivo*. SciELO Public Health.

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a03.pdf>

Becerra, G. (2016). Sociocibernética: tensiones entre sistemas complejos, sistemas sociales y ciencias de la complejidad. *Digital. Revista de Pensamiento E Investigación Social*.

<https://www.redalyc.org/pdf/537/53748488004.pdf>

Becker, H. (2022). *Manual de escritura para científicos sociales: Cómo empezar y terminar una tesis, un libro o un artículo*. Siglo XXI Editores.

Belén Herrero, M., & Belardo, M. B. (2022). Salud internacional y salud global: reconfiguraciones de un campo en disputa. *Revista Relaciones Internacionales*, 95(2), 54–82.

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*.

Belmonte, A. (2009). *Construyendo confianza: hacia un nuevo vínculo entre estado y sociedad civil. Volumen II*.

Berman, M., Bendersky, S., & Huneus, F. (1987). *El reencantamiento del mundo*. Cuatro vientos Santiago de Chile.

Bertoglio, O. J., & Johansen, O. (1982). *Introducción a la teoría general de sistemas*. Editorial Limusa.

Birn, A.-E. (2009). Making it Politic(al): closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *Social Medicine*, 4(3), 166–182.

Birn, A.-E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 30(2), 101–105.

Blanco, B. (2010). La salud es la solución del conflicto. *Entrevista Inédita a Floreal Ferrara*. *Página/12*, 19(04).

[https://www.floreal Ferrara.com.ar/recursos/pdf/1596852139-](https://www.floreal Ferrara.com.ar/recursos/pdf/1596852139-373)

- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. University of California Press.
- Bourdieu, P., & Bourdieu, P. (1983). *Campo del poder y campo intelectual*. academia.edu.
https://www.academia.edu/download/36258396/BOURDIEU_Campo_de_poder__campo_intelec.pdf
- Bracken, P. (2002). *Trauma: Culture, meaning and philosophy*. 258.
<https://psycnet.apa.org/fulltext/2002-01586-000.pdf>
- Breilh, J. (2008). Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 745–750.
- Breilh, J. (2021). *Critical Epidemiology and the People's Health*. Oxford University Press.
- Buraschi, D., Aguilar-Idáñez, M.-J., & Oldano, N. (2019). El enfoque dialógico en los procesos de participación ciudadana. *Quaderns D'animació I Educació Social*, 30(2).
http://quadernsanimacio.net/ANTERIORES/treinta/index_htm_files/EI%20enfoque%20dialogico.pdf
- Buraschi, D., & Oldano, N. (2022). La herencia de Paulo Freire en las prácticas participativas dialógicas. *RES: Revista de Educación Social*, 35, 105.
- Cacace, P. J. (2023). "Teoría de la complejidad y los sistemas de salud." *Archivos de Medicina Familiar y General*, 20(1).
<https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/229>
- Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D., & Oliveira, M. M. (2017). O Apoio Paidéia e suas rodas. *São Paulo: Hucitec*.
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus: "con Bourdieu y contra Bourdieu." *Anduli*. <https://idus.us.es/handle/11441/50511>

- Carmona, D. E., & Perlo, C. L. (2021). *Aportes sobre el cuidado como vínculo afectivo en la reconstrucción de la trama social*.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/185621>
- Carmona Gallego, D. (2020). Autonomía e interdependencia. La ética del cuidado en la discapacidad. *Humanidades*, 10(2), e41154.
- Carnut, L., & Zöllner Ianni, Á. M. (2019). Salud es política: pensamiento social de Floreal Antonio Ferrara y sus contribuciones para repensar “lo político” en la salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36), 1–41.
- Casanova, P. G. (2004). *Las nuevas ciencias y las humanidades: de la academia a la política*. Anthropos Editorial.
- Castillejo, A. (2021). El dispositivo transicional: de las administraciones de la incertidumbre a las nuevas socialidades emergentes. *Papeles de población / Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Universidad Autónoma del Estado de México*, 240–240.
- Castillo-Villanueva, L., & Velázquez-Torres, D. (2015). Sistemas complejos adaptativos, sistemas socioecológicos y resiliencia. *Quivera Revista de Estudios Territoriales*, 17(2), 11–32.
- Cejas-CIPPEC, C. A. (2004). LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COGESTIÓN DE LA SALUD: FORMACIÓN DE UN CONSEJO LOCAL DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE PILAR. *Centro de Implementación de Políticas Públicas Para El Equidad Y El Crecimiento*.
<https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/2593.pdf>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. SAGE.
- Chávez Díaz, C. O. (2019). *La Narración. Estructura y Elementos*.
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3428/T016_42699958_T.pdf?sequence=1

- Chiara, M. (2001). La salud gobernada. *Política Sanitaria En La Argentina*, 2011. <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Publicaciones/La-salud-gobernada.pdf>
- Chiara, M., & Ariovich, A. (2013). Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cadernos Metrópole*, 15(29), 99–122.
- Chiara, M., Ariovich, A., Di Virgilio, M. M., Jiménez, C., & Moro, J. (2012). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. <http://repositorio.ungs.edu.ar:8080/xmlui/handle/UNGS/128>
- Chiara, M., & Di Virgilio, M. M. (2005). *Gestión social y municipios: De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, M., Di Virgilio, M. M., & Moro, J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires: Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14(1), 97–128.
- Chihu Amparán, A. (2018). The Frames of Experience. *Sociológica (México)*, 33(93), 87–117.
- Chorev, N. (2012). *The World Health Organization between North and South*. Cornell University Press.
- Codagnone, F., & Mariano, F. (2020). La política de salud en la provincia de Buenos Aires. Durante el regreso de la democracia (1983-1988). *Revista Movimiento – N° 28 – Conicet Pagina 205, 28, 205*.
- Coiera, E. (2009). Building a National Health IT System from the middle out. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 16(3), 271–273.
- Comes, Y. (2004). Accesibilidad: una revisión conceptual. *Documento Laboris Del Proyecto de Investigación P077*.

- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). Ciudadanía y Subjetividad: representaciones del derecho a la atención de la salud de las mujeres pobres del AMBA. *XII Jornadas de Investigación Y Primer Encuentro de Investigadores En Psicología Del Mercosur*. <https://www.academica.org/000-051/116.pdf>
- Comunitarios, P. M. (2005a). Módulo 5 “Políticas de Salud.” *Ministerio de Salud. Presidencia de La Nación*.
- Comunitarios, P. M. (2005b). Salud y Participación Comunitaria - Manual 7. *Boletín de Psicología / República de Cuba, Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de La Habana*. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento175.pdf>
- Contreras, F., Ramírez, D. H. B., & Ríos, G. A. C. (2012). La organización como sistema complejo: implicaciones para la conceptualización del liderazgo. *Criterio Libre*, 10(16), 193–206.
- Corsi, G., Esposito, E., Baraldi, C., & Luhmann, N. (1996). *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. Universidad Iberoamericana.
- Dawidowski, A. R., & Hernández, V. (2018). *Mutaciones a la ética del asesoramiento genético: tensiones entre prevención y autonomía analizadas a partir de un estudio etnográfico sobre el test genético predictivo para cáncer colorrectal hereditario no polipósico*. <https://repositorio.ungs.edu.ar/handle/UNGS/421>
- Decreto provincial de la creación de la Red Pública de Salud AMBA*. (2018). Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/bsasdec1090_2018anexo.pdf
- Degeling, C., Carter, S. M., & Rychetnik, L. (2015). Which public and why deliberate?--A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. *Social Science & Medicine*, 131, 114–121.
- de la Provincia de Buenos Aires, M. de S. (n.d.). *Manual de ATAMDOS*.

- <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec185.pdf>
- de la Salud, A. M. (2018). *Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017*. apps.who.int.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276530/A71_28-sp.pdf
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). *Capitalisme et schizophrénie: L'anti-oedipe* (Vol. 1). Les éditions de Minuit.
- de Marinis, E. P. (2017). *Acerca de la comunidad y su (? presunto?) renacer*.
<https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/handle/11336/73565>
- De Ortúzar, M. G. (2018). *Cobertura Universal de Salud-CUS-vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo "universal" en salud en "tiempos de restauración conservadora."*
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/87505>
- De Piero, S. (2015). *El Estado como promotor de la participación comunitaria: representaciones y prácticas en tensión en los Centros Integradores Comunitarios*. <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/190>
- de Sousa Campos, G. W. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar.
- de Sousa Santos, B. (2017). *Justicia entre Saberes. Epistemologías del Sur contra el epistemicidio*.
- Devoto, G. (2013). ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Revista de Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/18_Devoto.pdf
- Domènech, & Íñiguez Rueda. (n.d.). La construcción social de la violencia. *Athenea Digital Revista de Pensamiento E Investigación Social*.
<https://ddd.uab.cat/record/5331>
- Douglas, J. A., Grills, C. T., Villanueva, S., & Subica, A. M. (2016).
378

- Empowerment Praxis: Community Organizing to Redress Systemic Health Disparities. *American Journal of Community Psychology*, 58(3-4), 488–498.
- Dulce, F., & Jos, M. (2001). Ciudadanía“ universal” versus ciudadanía“ fragmentada.” *Ciudadania“ Universal” versus Ciudadania“ Fragmentada,”* 1000–1017.
- Fassin, D. (2002). La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion. *L'Évolution Psychiatrique*, 67(4), 676–689.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252004000100010
- Fassin, D. (2015). *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent: Une histoire morale du temps présent*. Média Diffusion.
- Fassin, D. (2019). *Por una repolitización del mundo: Las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Siglo XXI Editores.
- Fernández-Savater, A. (2017). Del paradigma del gobierno al paradigma del habitar: por un cambio de cultura política. *Eldiario. Es*.
- Fernández-Savater, A. (2020). *Habitar y gobernar: Inspiraciones para una nueva concepción política*. NED Ediciones.
- Filho, A., & De, N. (1997). Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1-2), 5–20.
- Fisher, H., Tr, R. H. E., & Tr, V. Q. P. (2000). *El primer sexo: las capacidades innatas de las mujeres y cómo está cambiando el mundo*.
- Flacks, R., & Berger, B. M. (1983). The Survival of a Counterculture: Ideological Work and Everyday Life among Rural Communards. In *Contemporary Sociology* (Vol. 12, Issue 1, p. 49). <https://doi.org/10.2307/2068166>

- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Forni, P. (2011). Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social. *Miríada: Investigación en Ciencias Sociales*, 3(5), 61–80.
- Foucault, M. (1971). *The order of things: An archaeology of the human sciences (1st American ed.)*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1998). *The history of sexuality: The will to knowledge (R. Hurley, Trans.)*. London: Penguin Group.
- Francés-García, F., & La Parra-Casado, D. (2019). Participation as a driver of health equity. *World Health Organization*. [Http://www. Who](http://www.who).
- Franco, A., Alvarez-Dardet, C., & Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ*, 329(7480), 1421–1423.
- Frederic, S., & Soprano, G. (2008). Panorama temático: antropología y política en la Argentina. *Estudios En Antropología Social*, 1(1), 133–190.
- Fuks, S. (2009). La Facilitación Sistémica de Procesos Colectivos: una artesanía de contextos orientada hacia la creatividad y la participación colaborativa. *Boletín. Buenos Aires. Universidad Nacional. Instituto de Clinica Quirurgica*.
- Fuks, S. I. (n.d.). REFLEXIONES EN TORNO A LAS CRISIS Y OPORTUNIDADES QUE IMPREGNAN LOS PROCESOS COLECTIVOS PARTICIPATIVOS. *Boletín de La Universidad Del Museo Social Argentino*, 54(11), 187.
- Fuks, S. I. (Brasilia. Libro Digital. 2018). *Un “modelo” sistémico de comprensión-acción de dinámicas sociales: tres dimensiones de las prácticas sociales transformadoras* (M. F. Olivier-Sudbrack & Gandolfo Conceição, M. I.& Adorno, R. (Comp.) (Eds.)).
- Fuks, S. I. (2017). Procesos participativos y construcción de prácticas sociales

- transformadoras: complejidades y desafíos. *Rasera, EF; Taverniers, K. Y Vilches-Álvarez (Eds.): Construcción Social En Acción: Prácticas Inspiradoras En Diferentes Contextos*, 225–261.
- Galindo, J. (2015). Erving Goffman y el orden de la interacción. *Acta Sociologica*, 66, 11–34.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- Gandolfo, C. (2007). *Entiendo pero no hablo: el guaraní “acorrentinado” en una escuela rural : usos y significaciones*.
- García, M. R. (2011). De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal. *Quórum Académico*, 8(15), 78–94.
- García Sánchez, E. (2007). El concepto de actor: Reflexiones y propuestas para la ciencia política. *Andamios*.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-00632007000100008&script=sci_abstract&tlng=pt
- Garegnani, L. I., Rosón-Rodríguez, P., Garrote, V. L., Vera, V. L., Clara, L. O., Vidal, F. A., Acosta, G. A., Antinucci, D. V., Murujosa, A., Aliperti, V. I., & Others. (2022). Resistencia antimicrobiana y producción porcina de cría intensiva. *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 42(2), 77–83.
- Gil, C. G. (2018). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. *Papeles de Relaciones Ecosociales Y Cambio Global*.
https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/revista_papeles/140/ODS-revision-critica-C.Gomez.pdf
- Gilligan, C., & Utrilla, J. J. (1994). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica México.
- Giner, S. (1999). *Manuale di sociologia*.

- Gispert Abreu, E. Á., & Castell-Florit Serrate, P. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Administracion de Salud*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200017
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. 586. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1975-09476-000.pdf>
- Goffman, E., Perrén, H. B. T., & Setaro, F. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Buenos Aires.
- Goffman, E., & Rodríguez, J. L. (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/download/65058/39437/199612>
- González Bernaldo de Quirós, P. (2008). La « sociabilidad » y la historia política. *Nuevo mundo mundos nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.24082>
- González, F. M. (2020). “Volver a la escuela”: La política, el barrio y el trabajo en experiencias de terminalidad educativa de estudiantes del Plan FinEs2 en el Gran La Plata (2013-2017) [Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/87017>
- Gonzalez, R. V. (2017). *Programa médicos comunitarios y la participación comunitaria en territorio* [Universidad Nacional de Luján]. <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/475>
- Goodenough, W. H. (1970). Community response and development. *Community Medicine, Teaching, Research and Health*.
- Gorbán, D. (2008). ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA DESIGUALDAD SOCIAL Y LA SIMBOLIZACIÓN DEL ESPACIO. *Revista de Ciencias Sociales*, 122. <https://doi.org/10.15517/rcs.v0i122.9874>
- Greimas, A. J. (1967). La Structure des actants du récit. *Word & World*, 23(1-3), 382

221–238.

Grün, E. (1998). El Derecho posmoderno: un sistema lejos del equilibrio. *Doxa*, 2(21-v2), 167.

Guber, R. (2001). “Antropología social”: una categoría nativa de la diáspora antropológica argentina. *Anuário Antropológico*, 26(1), 169–189.

Guerra, L. (2021). Teorías de la complejidad como campo epistémico en la formación metacientífica de las Ciencias Sociales y Humanas. In *Anuario del Doctorado en Educación, Pensar la Educación*. (Issue 9, pp. 47–63).
<https://doi.org/10.53766/adepe/2021.01.09.03>

Gutiérrez, A. B. (2002). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Tierradenadie Ediciones.

Guzmán, R. G. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *MS*, 4(2), 135–143.

Han, B. C. (2016). *Topología de la violencia*.
<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=8AOIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=byung+chul+han+topologia+de+la+violencia&ots=1dUifxt3ru&sig=C2VDKV6bFLQDDo3iN4xB4iqP6rM>

Han, B.-C. (2018). *Topology of Violence*. MIT Press.

Haro, F. A. de. (2010). *La posibilidad de des-civilización*.
<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2210>

Health Organization, W. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986*.
[apps.who.int](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf)
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf>

Health Organization, W. (2019). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018*.
383

apps.who.int.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-ara.pdf>

Hernández. (n.d.). Des-cubriendo la violencia. *Violencia, Sociedad Y Justicia En América*. <http://biblioteca.clacso.org.ar/ar/libros/violencia/hernandez.pdf>

Hernández, V., Hidalgo, C., & Stagnaro, A. (2005). *Etnografías globalizadas*. Sociedad Argentina de Antropología.

Herrero, M. B., & Belardo, M. B. (2020). Salud internacional y salud global: historia, conceptos y perspectivas. *Documento de Trabajo, Área de Relaciones Internacionales, FLACSO Argentina*. (Aún No Publicado).

Herrero, M. B., Deluca, G. D., & Faraone, S. (n.d.). INCORPORACIÓN DE UN TEMA DE SALUD PÚBLICA EN LA AGENDA DE DECISIÓN DESDE EL ENFOQUE DEL DERECHO A LA SALUD. EL CASO DE SÍFILIS CONGÉNITA EN ARGENTINA, 2016. *Easyplanners.net*. https://www.easyplanners.net/alas2017/opc/tl/2377_maria_belen_herrero.pdf

Herrero, M. B., & Nascimento, B. (2020). ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud? *Nueva Sociedad*. <https://www.nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/>

Hill-Cawthorne, G. A. (2019). One Health/EcoHealth/Planetary Health and their evolution. In *One Planet, One Health* (pp. 1–20). <https://doi.org/10.2307/j.ctvggx2kn.6>

Holliday, Ó. J. (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *F (x)= Educación Global Research*.

https://www.academia.edu/download/43220489/SISTEMATIZACION_DE_384

- Holloway, J. (2003). Cambiar el mundo sin tomar el poder. *El Significado de La Revolución Hoy. Barcelona: El Viejo Topo.*
http://medialabmadrid.org/archivos/transcripciones/John_Holloway.pdf
- Ibáñez, J. (1999). *Nuevos Avances en la Investigación Social: La Investigación Social de Segundo Orden.* Anthropos Editorial.
- Iglesia, M. (2022). *Erving Goffman : alcances y limitaciones teóricas de su perspectiva dramatúrgica a partir de conceptos y procedimientos de la escritura dramática* [Buenos Aires : FLACSO. Sede Académica Argentina].
<http://hdl.handle.net/10469/17928>
- Iriart, C. (2022). Entre-saberes: apostando a nuevas complicidades creativas de más vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 26.*
<https://doi.org/10.1590/interface.210655>
- Jay, M. (2009). *Cantos de experiencia: variaciones modernas sobre un tema universal.* Paidós.
- Kaplan, A. (2005). *Artistas do invisível: O processo social e o profissional de desenvolvimento.* Editora Peirópolis LTDA.
- Keeney, B. P. (1979). Ecosystemic epistemology: an alternative paradigm for diagnosis. *Family Process, 18*(2), 117–129.
- Keeney, B. P., & Wolfson, L. (1987). *Estética del cambio.* academia.edu.
https://www.academia.edu/download/55537972/Bradford_Keeney_La_estetica_del_cambio.pdf
- Kohler, J. C., & Martinez, M. G. (2015). Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? *International Journal for Equity in Health, 14*, 21.
- Kroeger, A., Luna, R., & Others. (1987). *Atención primaria de salud: principios y métodos.* OPS.

- Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21(2), 253–268.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. *Www.phac-Aspc.gc.ca/ph-Sp/phdd/pdf/perspective.pdf*.
<https://cir.nii.ac.jp/crid/1570854175708638720>
- Landford, & Nunn. (n.d.). Good governance in 'one health' approaches. *Revue Scientifique et Technique*. https://www.researchgate.net/profile/Mike-Nunn/publication/235645949_Good_governance_in_'One_Health'_approaches/links/55df8ec208aede0b572b907d/Good-governance-in-One-Health-approaches.pdf
- la Salud OPS, O. P. de. (1992). *Salud Internacional un debate norte sur*.
- Laszlo, E., & Laszlo, A. (1997). The contribution of the systems sciences to the humanities. *Integrative Physiological and Behavioral Science: The Official Journal of the Pavlovian Society*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1743\(199701/02\)14:1<5::AID-SRES150>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1743(199701/02)14:1<5::AID-SRES150>3.0.CO;2-M)
- Latour, B. (1996). On actor-network theory: A few clarifications. *Soziale Welt-Zeitschrift Für Sozialwissenschaftliche Forschung Und Praxis*, 47(4), 369–381.
- Lemus, J. D. (1998). Atención primaria de salud y áreas programáticas hospitalarias. In *Atención primaria de salud y áreas programáticas hospitalarias* (pp. 207–207). pesquisa.bvsalud.org.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*.
<https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/handle/123456789/126>
- Li, K. K., Abelson, J., Giacomini, M., & Contandriopoulos, D. (2015). Conceptualizing the use of public involvement in health policy decision-making. *Social Science & Medicine*, 138, 14–21.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology* 386

- and Community Health*, 59(6), 440–442.
- Llamazares, A. M. (2013). *Del reloj a la flor de loto: Crisis contemporánea y cambio de paradigmas*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/116904>
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general*. *Sistemas Sociales*. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=4651088&publisher=FZ0265>
- Mac Gregor, J. A. (2005). Identidad y globalización. *Turismo Cultural*, 11(7), 117.
- Mackenzie, J. S., & Jeggo, M. (2019). The one health approach-why is it so important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 88.
- Maldonado, C. E. (2011). *Termodinámica y complejidad: una introducción para las ciencias sociales y humanas*.
- Mantiñán, L. M. (2018). *La violencia hacia la vida en contextos de pobreza urbana y degradación ambiental*. <https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/handle/11336/83033>
- Mantiñán, L. M. (2020). Violencia hacia la vida. Gubernamentalidad y pobreza urbana. In *Cuaderno Urbano* (Vol. 28, Issue 28, p. 59). <https://doi.org/10.30972/crn.28284324>
- Manzano, V., Novaro, G., Santillán, L., & Woods, M. (2010). Introducción a la problemática de la desigualdad. Hacia un abordaje antropológico. NEUFELD, MR (Comp.). *Introducción a La Antropología Social Y Política: Relaciones Sociales. Desigualdad Y Poder*. Buenos Aires: Editorial de La Facultad de Filosofía Y Letras, Universida de Buenos Aires, 209–241.
- Marsano, C. L. (n.d.). Ramón Carrillo, el “negro.” *Biblioteca.unaj.edu.ar*. <https://biblioteca.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/sites/8/2019/10/01-Carrillo-ISSN.pdf>

- Marshall, T. H., Casado, M. T., & Miranda, F. J. N. (1997). Ciudadanía y clase social. *Reis*, 79, 297–344.
- Mathie, A., Cameron, J., & Gibson, K. (2017). Asset-based and citizen-led development: Using a diffracted power lens to analyze the possibilities and challenges. *Progress in Development Studies*, 17(1), 54–66.
- Medina, A., & Narodowski, P. (2015). Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público. In *Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público* (pp. 269–269). pesquisa.bvsalud.org.
- Menanteau-Horta, D. (2002). Globalization and Development: Challenges and Opportunities for Sociocybernetics. *International Review of Sociology*, 12(2), 321–332.
- Mendizábal, J., & Morrone, B. (2017). Innovaciones contrahegemónicas en la salud comunitaria Argentina a fines de la década del 80: El pensamiento de Floreal Ferrara impreso en ATAMDOS. *XVI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*. <https://cdsa.academica.org/000-019/149>
- Menéndez, E. L. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, 5–22.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva*, 8, 185–207.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615.
- Menéndez, E. L., & Spinelli, H. (2006a). *Participación social: ¿ Para qué?* cidac.filo.uba.ar.
http://www.cidac.filo.uba.ar/sites/cidac.filo.uba.ar/files/revistas/adjuntos/Clase%201%20-%200805164315_001.pdf

- Menéndez, E. L., & Spinelli, H. G. (2006b). *Participación social: ¿para qué?*
- Merklen, D. (2014). En alguna parte del mundo. Montevideo, Buenos Aires, París. *Papeles Del CEIC*, 2015(1). <https://doi.org/10.1387/pceic.13104>
- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(6), 409–416.
- Mira, J. J., Carrillo, I., Navarro, I. M., Guilabert, M., Vitaller, J., Pérez-Jover, V., & Aguado, H. (2018). La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1), 91–106.
- Morín, E. (1984). *Ciencia con conciencia. Pensamiento crítico/Pensamiento utópico*. Col. dirigida por José Ma. Ortega. Barcelona: Anthropos, Editorial del hombre.
- Moya, L. M. M., & Giner, S. (2004). Teoría sociológica moderna. *Reis*, 105, 261.
- Muller, F. (1981). *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina* [Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública]. https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/148046/mmubn000001_026849372.pdf
- Najmanovich, D. (2017). El sujeto complejo: La condición humana en la era de la red. *Utopía Y Praxis Latinoamericana: Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana Y Teoría Social*, 78, 25–48.
- Najmanovich, D. (2021). Ciudadanía: ecología de los saberes y cuidados. *Paraninfo Digital*, ecuali21c01–ecuali21c01.
- Nikolsky, A. (2016). Evolution of Tonal Organization in Music Optimizes Neural Mechanisms in Symbolic Encoding of Perceptual Reality. Part-2: Ancient to Seventeenth Century. *Frontiers in Psychology*, 7, 211.
- Oakley, P., & Health Organization, W. (1990). *Intervención de la comunidad en*

el desarrollo sanitario: examen de los aspectos esenciales.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39398>

on International Health, I. of M. (us) B. (1997). *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests.* National Academies Press.

Organization, W. H., & Others. (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107835/E90607.pdf?sequence=1>

Organization, W. H., & Others. (1996). *Prevention of violence: a public health priority.* Geneva: WHO.

Organization, W. H., & Others. (2003). *Investing in health: A summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health.* apps.who.int.

Oszlak, O. (2009). Implementación participativa de políticas públicas: aportes a la construcción de un marco analítico. *Construyendo Confianza*, 2, 1490–1499.

Oszlak, O., & O'donnell, G. (1976). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación.*

<http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3332>

Pagnamento, L. V. (2017a). *La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015)* [Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la ...].

<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=tesis&d=Jte1492>

- Pagnamento, L. V. (2017b). Políticas públicas locales en salud: Las encrucijadas de los procesos participativos en APS. *XII Jornadas de Sociología de La UBA 22 Al 25 de Agosto de 2017 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*.
<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev15363>
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. de. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de saude publica*, 32(4), 299–316.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. de. (2014). Saúde coletiva: teoria e prática. In *Saúde coletiva: teoria e prática* (p. xvi,695 – xvi,695). pesquisa.bvsalud.org.
- Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. (2018a). *La dimensión psicosocial del cuidado*. teseopress.com.
- Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. M. (2018b). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/160906>
- Panamericana de la, O. (2010). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. *Serie: La Renovación de*.
- Pan American Health Organization. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Pan American Health Org.
- Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S. L., Balmes, J., & Adler, N. (2013). Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2056–2062.
- Peirano, M. (2008). Antropología sin culpa: una visión desde Brasil. *Degregori, C. Y Sandoval, P. (Comp). Saberes Periféricos. Ensayos Sobre La*

Antropología En América Latina, 227–247.

Pérez Royo, V., Sánchez, J. A., Dias, C., Foster, S. L., Alba Rico, S., Corral, I., Delgado, M., Piña, A., Cifuentes, M. J., Rojo, P., Pérez, D., Quesada, F., Chamorro, P., Fernández- Savater, A., Chauchat, A., Fabiaro, E., & Greiner, C. (2016). *Componer el plural: Escena, cuerpo, política*. Institut del Teatre ; Mercat de les Flors ; Ediciones Polígrafa.

Perlo, C. (2011). Procesos de cambio colectivo, nuevos marcos de comprensión para aprender del holomovimiento. *Enl@ Ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología Y Conocimiento*, 8(1), 81–96.

Perlo, C., del Carmen Costa, L., & de La Riestra, M. del R. (2006). “*El diálogo como estrategia para el desarrollo de la mente colectiva en las organizaciones: hacia un modelo de intervención.*”
<http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/3847>

Perlo, C. L. (2020). DIÁLOGO ENTRE LA CULTURA PATRIARCAL-ANTROPOCÉNTRICA Y CULTURA MATRÍZTICA-BIOCÉNTRICA EN LOS CONTEXTOS ORGANIZATIVOS. *Revista de La Escuela de Ciencias de La Educación*, 2(15). <https://doi.org/10.35305/rece.v2i15.542>

Perlo, C. L., & Carmona Gallego, D. (2022). La construcción de lo común en contextos de descuido: El caso Liberté. *Segundo Congreso Internacional de Ciencias Humanas “Actualidad de lo clásico y saberes en disputa de cara a la sociedad digital.”*
<https://www.aacademica.org/2.congreso.internacional.de.ciencias.humanas/371>

Perlo, C. L., & Romorini, M. V. L. (2011). Aprendizaje colectivo y concepciones del poder: entre la opresión y la potencia para producir cambios organizativos. *Hallazgos*, 8(16), 133–151.

Poggiuese, H., Lima, M. E. B., & Segura, M. (n.d.). Planificación Participativa y
392

Gestión Asociada del Desarrollo Local. *EN LA ARGENTINA CONTEMPORANEA*, 45.

Ponsford, R., Collins, M., Egan, M., Halliday, E., Lewis, S., Orton, L., Powell, K., Barnes, A., Salway, S., Townsend, A., Whitehead, M., & Popay, J. (2021). Power, control, communities and health inequalities. Part II: measuring shifts in power. *Health Promotion International*, 36(5), 1290–1299.

Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promotion International*, 36(5), 1253–1263.

Powell, K., Barnes, A., Anderson de Cuevas, R., Bamba, C., Halliday, E., Lewis, S., McGill, R., Orton, L., Ponsford, R., Salway, S., Townsend, A., Whitehead, M., & Popay, J. (2020). Power, control, communities and health inequalities III: participatory spaces—an English case. *Health Promotion International*, 36(5), 1264–1274.

Prigogine, I. (1984). The rediscovery of time. *Zygon*, 19(4), 433–447.

Prigogine, I. (1986). Science, civilization and democracy: Values, systems, structures and affinities. *Futures*, 18(4), 493–507.

Prigogine, I., & Allen, P. M. (1982). 1. The challenge of complexity. In *Self-Organization and Dissipative Structures* (pp. 1–39). University of Texas Press.

Ramírez, R., Güelman, M., Almeira, A. L. A., Quiroga, F., Guillemi, P., Wagner, M., Brena, M. L., Pagotto, V., Cordoba Asprilla, M., & Figar, S. (2023). Peer companion - a crucial role in the vaccination of unhoused and at-risk people in the city of Buenos Aires (Argentina). A case study, Butterfly Effect. *Cities & Health*, 7(1), 25–31.

Ranciere, J. (2012). El descuerdo. *Política Y Filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Rancière, J., Janpierre, L., & Zabunyan, D. (2014). *El método de la igualdad: conversaciones con Lauren Jeanpierre y Dork Zabunyan*. Nueva visión.
- Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. *Política Y Cultura*.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422004000200002
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933–937.
- Risler, J., & Ares, P. (2013). *Manual del mapeo colectivo*. Buenos Aires.
- Rodríguez. (n.d.). “Manual de escritura para científicos sociales” de Howard Becker. : *Revista Crítica de Ciencias Sociales*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889881>
- Rodríguez, M. I. (1991). El programa de salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud. *Salud publica de Mexico*, 33(4), 422–432.
- Rogers, R. S., Stenner, P., & Gleeson, K. (1995). *Social Psychology: A Critical Agenda*. Wiley.
- Rolfe, S. (2018). Governance and Governmentality in Community Participation: The Shifting Sands of Power, Responsibility and Risk. *Social Policy Report / Society for Research in Child Development*, 17(4), 579–598.
- Rolnik, S. (2019a). Esferas de la insurrección. *Apuntes Para Descolonizar El Inconsciente*. Buenos Aires: Tinta Limón.
<https://biblioteca.hegoa.ehu.eus/downloads/21250/%2Fsystem%2Fpdf%2F4457%2FM-6975.pdf>
- Rolnik, S. (2019b). *Esferas de la insurrección: apuntes para descolonizar el inconsciente*.
- Rothbard, M. N., & Wolfe, A. (1978). The limits of legitimacy: Political

- contradictions of contemporary capitalism. *The American Historical Review*, 83(3), 692.
- Rovere, M. (1999). Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. *Rosario: Editora Secretaria de Salud Publica/AMR*.
- Rowe, G., & Frewer, L. J. (2005). A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Science, Technology & Human Values*, 30(2), 251–290.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxfam.
- Rubio, A. M. P. (2012). Sobre el Constructivismo: Construcción social de lo real y práctica investigativa. *Revista latinoamericana de metodología de las ciencias sociales*, 2(2), 5–21.
- Samaja, J. (1994a). La reproducción social y la relación entre la salud y condiciones de vida. In *La reproducción social y la relación entre la salud y condiciones de vida*. Organización Panamericana de la Salud.
- Samaja, J. (1994b). Sobre la idea de la matriz de datos: Respuesta al comentario de Denis Baranger. *Desarrollo Economico*, 34(135), 453–459.
- Samaja, J. (2000). Semiótica y dialéctica: seguido de la lógica Breve de Hegel. In *Semiótica y dialéctica: seguido de la lógica Breve de Hegel* (pp. 268–268). pesquisa.bvsalud.org.
- Samaja, J. (2004a). Epistemología de la salud. *Buenos Aires: Lugar Editorial*, 30–35.
- Samaja, J. (2004b). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.
- Samaja, J. (2018). La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). *Revista cubana de administracion de salud*, 44(2), 431–443.

- Sandoval, C. (1997). *Investigación cualitativa*. Icfes.
- San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104–122.
- Sarrami-Foroushani, P., Travaglia, J., Debono, D., & Braithwaite, J. (2014). Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. *BMC Health Services Research*, 14, 250.
- Sautu, R., Freidin, B., Najmias, C., Otamendi, M. A., Paredes, D., Ballesteros, M., Perea, C., Plotno, G., Lederman, F., Ballesteros, M., & Others. (2014). *Metodología de la Investigación I*. México DF: INTERAMERICANA EDITORES, SA DE CV.
- Scaglia, M. C. (2012). *Curarse en salud. Saber en atención primaria de la salud : la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina* [Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras]. <http://dspace5.filo.uba.ar/handle/filodigital/1639>
- Scaglia, M. C., Albano, D., Osella, N., Percovich, N., Saraceno, M., & Zavalía, D. de. (2021). La salud comunitaria en construcción: la experiencia de una asignatura de la carrera de medicina en una universidad del conurbano. *XII Congreso Argentino de Antropología Social (CAAS) (La Plata, junio, julio y septiembre de 2021)*. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/134275>
- Schön, D. A. (1979). Generative metaphor: A perspective on problem-setting in social policy. *Metaphor and Thought*, 2, 137–163.
- Scoones, I., Jones, K., Lo Iacono, G., Redding, D. W., Wilkinson, A., & Wood, J. L. N. (2017). Integrative modelling for One Health: pattern, process and participation. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 372(1725). <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0164>

- Segura del Pozo, J. (2006). Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 20(2), 153–158.
- Serapioni, M., & Matos, A. R. (2014). Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. *Social Science & Medicine*, 123, 226–233.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antipoda*, 10, 21–49.
- Silva Ayçaguer, L. C. (2005). Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo. *Salud Colectiva*, 1(3), 309.
- Simmel, G., & Capdequí, C. S. (2000). El conflicto de la cultura moderna. *Reis*, 89, 315–330.
- Sirvent, M. T., & Rigal, L. (2014). *La investigación-acción participativa como un modo de hacer ciencia de lo social*. cdn.designa.mx. https://cdn.designa.mx/CREFAL/revistas-decisio/Decisio48-49_05.pdf
- Solitario, R., Garbus, P., & Stolkner, A. (2008). DERECHOS, CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN EN SALUD: SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD SIMBÓLICA A LOS SERVICIOS. *Anuario de Investigaciones XV*(), 263–269.
- Spinelli, H. (2019). Planes y juegos. *Salud colectiva*, 15, e2149.
- Starhawk, H. (1987). *Truth to dare: encounters with power, authority and mystery* *Truth to dare: encounters with power, authority and mystery* *Truth to dare: encounters with power, authority and mystery*. San Francisco: Harper Collins.
- Stewart, E. (2013). What is the point of citizen participation in health care? *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2), 124–126.
- Stocker Robert, P. (2003). Un marco de análisis para el régimen de implementación: cooperación y reconciliación entre los regímenes

federalistas. *La Implementación de Las Políticas*, Editorial Porrúa.

Strauss, A., & Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

Sturmberg, J. P., Picard, M., Aron, D. C., Bennett, J. M., Bircher, J., deHaven, M. J., Gijzel, S. M. W., Heng, H. H., Marcum, J. A., Martin, C. M., Miles, A., Peterson, C. L., Rohleder, N., Walker, C., Olde Rikkert, M. G. M., & Melis, R. J. F. (2019). Health and Disease—Emergent States Resulting From Adaptive Social and Biological Network Interactions. *Frontiers in Medicine*, 6. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00059>

Sudbrack, M. F. O., Conceição, M. I. G., & Adorno, R. (n.d.). DROGAS E TRANSIÇÃO DE PARADIGMAS. *Academia.edu*.
https://www.academia.edu/download/58355026/Vallim_Abramd2018.pdf

Susser, E. (2004). Eco-epidemiology: thinking outside the black box [Review of *Eco-epidemiology: thinking outside the black box*]. *Epidemiology*, 15(5), 519–520; author reply 527–528. journals.lww.com.

Svampa, M. (2010). Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara. In *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara* (pp. 184–184).

Taylor, S. J., Bogdan, R. C., & Walker, P. (2000). Qualitative research. In *Encyclopedia of psychology, Vol. 6*. (pp. 489–491).
<https://doi.org/10.1037/10521-156>

Teeple, G. (2000). *Globalization and the Decline of Social Reform: Into the Twenty-first Century*. University of Toronto Press.

Testa, M. (1992). Pensar em saúde. In *Pensar em saúde* (pp. 226–226). pesquisa.bvsalud.org.

- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. *Responsabilidad Profesional de Los Médicos. Ética, Bioética Y Jurídica. Civil Y Penal. Buenos Aires: La Editorial La Ley.*
<http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf>
- Toffler, A. (2022). *Powershift: Knowledge, Wealth, and Power at the Edge of the 21st Century*. Random House Publishing Group.
- Toffler, A., & Toffler, H. (1994). *Las guerras del futuro*.
- Tognoni, G. (1997). *Manual de epidemiología comunitaria*. Cecomet.
- Tulchinsky, T. H. (2018). Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. *Case Studies in Public Health*, 523.
- Ugalde, A. (1987). Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 41, 27–43.
- Valle, R. L. (2014). Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias Parte II. *Rev Hosp Ital B. Aires*.
- Varela, F. G., Maturana, H. R., & Uribe, R. (1991). Autopoiesis: The Organization of Living Systems, Its Characterization and a Model. In G. J. Klir (Ed.), *Facets of Systems Science* (pp. 559–569). Springer US.
- Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Silva, A. D., & Leite, I. C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 16(1), 30–38.
- Vega, C., Martínez-Buján, R., & Paredes, M. (2018). Introducción. Experiencias, ámbitos y vínculos cooperativos para el sostenimiento de la vida. *Cuidado, Comunidad Y Común. Extracciones, Apropiaciones Y Sostenimiento de La Vida*, 15–50.
- Velazco, S. Á., & Varela-Huerta, A. (2022). "En el camino, ¿si nosotras no

- cuidamos, quién entonces?”. Mujeres, epidemiología popular migrante y economía del cuidado en los corredores migratorios de las Américas en tiempos de COVID-19. *Tramas y Redes*, 2, 23–53.
- Venezia Contreras Torres, F., & Castro Ríos, G. A. (2013). Liderazgo, poder y movilización organizacional. *Estudios Gerenciales*, 29(126), 72–76.
- Von Bertalanffy, L. (1972). The History and Status of General Systems Theory. *Academy of Management Journal*, 15(4), 407–426.
- Waitzkin, H. (2003). Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *The Lancet*, 361(9356), 523–526.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health. Supplement*, 59, 72–77.
- Winkin, Y. (1991). Los momentos y sus hombres. *Barcelona, España. Ediciones Pidos*. https://www.academia.edu/download/34725817/goffman-erving-los-momentos-y-sus-hombres-1_1_.pdf
- Wolf, M. (1979). Sociologías de la Vida Cotidiana. Cátedra. *Teorema: International Journal of Philosophy*. <https://philpapers.org/rec/wolsdl>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1978). *Declaration of Alma-Ata* (No. WHO/EURO:1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>
- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., & Tanner, M. (2011). From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3), 148–156.
- Zulich, K., Figar, S., Visus, V., Pace, N., Garipe, L., Gimena, G., Infantino, V. M., & Dawidowski, A. (2015). Ambiente laboral saludable hospitalario: intervenciones con participación social para la adopción de hábitos saludables. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(25), 25–31.

Anexo

Links de los documentos de la Red AMBA utilizados en la tesis

Documentos oficiales de gobierno

1. Decreto provincial
2. Informe anteproyecto
3. Informe final de mandato 2019 <https://sites.google.com/view/red-amba/inicio>

Documentos oficiales técnicos: Manuales

1. Manual del equipo de salud y actores de la comunidad
2. Manual del proceso de facilitación
3. Manual de salud conectiva (circuito de presupuesto participativo)
<https://saludamba.blogspot.com/2019/11/guia-de-salud-conectiva.html>

Youtube sobre los circuitos de compras descentralizada de insumos para AC

1. <https://www.youtube.com/watch?v=0GdAh2YRT1E>

Notas periodísticas

1. <https://metropolitana.org.ar/idm/hacia-un-sistema-metropolitano-de-salud-publica/>
2. <http://perspectivasur.com/3/73097-lanzaron-la-red-pblica-de-salud-amba-en-quilmes>
3. <https://diarioresumen.com.ar/blog/2018/05/23/red-publica-salud-amba-pilar/>
4. En Lanús comenzamos a implementar la Historia Clínica Digital
<https://lanus.gob.ar/fichas/2482>
5. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/la-salud-politica-estado-metropolitana-nid2316204>
6. <https://www.notasperiodismopopular.com.ar/2018/05/22/proyecto-red-publica-salud-amba/>
7. <https://www.ambito.com/politica/vidal-presento-la-red-publica-salud-amba-n4022081>
8. <https://www.ambadata.gob.ar/red-publica-de-salud-amba>
9. <https://www.flacso.org.ar/noticias/iicsal-en-la-red-publica-de-salud-amba/>

repositorio de imágenes:

En la página web de la tesis

<https://sites.google.com/view/red-amba/inicio>

Dedicación

A los hijos en mi vida, en especial a Sebastián, Joaquín, Candela y Flori...

Agradecimientos

En el transcurso final de esta tesis, etapa casi poseída por una necesidad de escribir conceptos relacionando la teoría y el material empírico, me fui dando cuenta de las respuestas emocionadas a la incomodidad original que me llevó a indagar en las ciencias sociales; entender por qué, durante mi rol de gestora en un programa de salud, había resultado tan difícil ejecutar un presupuesto para actividades comunitarias que estuviese determinado, al menos un poquito, por los propios beneficiarios.

Esas respuestas estaban en mi historia, a las que llegué gracias a la perspectiva de cuidado encontrada en diálogo reflexivo con mis directoras. Gracias a Adriana Dawidowski y Ana María LLamazares, sabias mujeres guías, a quienes les agradezco cada uno de los encuentros, donde casi como un proceso de gestación de cinco años y un parto de escritura abocada durante 9 meses, pude transmutar en palabras, un enojo ancestral poco claro que siempre me acompañaba en mi práctica profesional, frente a las barreras limitantes sin sentido. Espero que, gracias a esta profunda comprensión de sus motivos, pueda también, algún día transmutarlo, en acciones creativas.

A Gladys Gutierrez, mi madre, le dedico mi principal agradecimiento, por enseñarme a no sentir lástima por alguien discapacitada/o. *“Ni pobrecito, ni que pena, esa persona es igual a vos, preguntale que necesita”*, me recriminaba, con un enojo que yo no entendía y que ella no me explicaba, pero que frenaba mi compasión y me regalaba otra mirada. Ella vivió la estigma de *“pobrecita la Gladita, quién la va elegir (para casarse)”*. Nació en un pueblo, en Villa Atuel, en Mendoza, en 1940, con estrabismo que requería anteojos y con asma grave que le contrindicaba el juego, lo que la llevó a ser la bibliotecaria de un pueblo con tan solo 11 años. Tenía seis hermanos varones y sus padres inmigrantes españoles no tenían escolaridad formal; la familia patriarcal fue motor de supervivencia y de que ella llegara a ser médica. Cuando como estudiante de medicina yo le dije de extender mis prácticas en Atención Primaria de la Salud, recuerdo que me miró lento, esta vez sin recriminarme, sólo guardando tristezas y secretos de lo que luego, mucho tiempo después me enteré, fue su vida de soltera, y en ese entonces me dijo: *“M’hijta, como médica de ahí, sabé que no vas a poder cambiar las cosas, eso sólo se cambia desde las políticas públicas”*. Transitó mi adolescencia en Buenos Aires, con el miedo de ella, *“del no te metás”* en cada marcha que acompañe desde el regreso de la democracia; pero para ese entonces, yo ya había leído su biblioteca completa, la que

quedó luego de quemarla o enterrarla en gran parte, antes del allanamiento que presencié en el 77, en mi casa de San Rafael. Aún evoco de mis 12 años, la sensación reveladora sobre el poder de la mujer que me generó el libro “La mujer: ser social y conciencia. Bauer, A. (1970)” (sigo sin conseguirlo). A esas escritoras, también mi agradecimiento performativo para llegar a esta tesis.

También agradecer a la vida, que nos entretejió y nos sigue entretejiendo con mi compañero. A vos, Fernan, gracias por cómo me acompañaste en este proceso, valoro tu esfuerzo y sobre todo amo la forma en que “depones tus categorías” para invitarme a aprender, a la par, de nuestras diferencias, a acallar juntos la razón antes que perezcamos por ella y confiar en ese amor que emerge, en otro plano, de nuestras dos fuerzas, casi polares que nos permite seguir encontrándonos libres y cambiantes, de manera bella y dinámica.

Llegar a la tesis, como no puede ser de otra manera, responde a un proceso sistémico, a un largo camino, en el que necesito también agradecer a mi hermano Ale, por su simpleza en cómo siempre me empujó a ser lo que yo sienta, su bondad sigue estando en mi imaginario como el refugio de mis laberintos incomprensidos, desde pequeña, su mano o su escucha.

No hubiera sido posible transitar la experiencia que hace razón a esta tesis sin un equipo de mujeres con quienes me preparé para la gestión: gracias a Ana María Gomez Saldaño y Catalina Jerez por compartir la implementación de la *Red AMBA* y además junto a Valeria Aliperti, Mercedes Soriano, Jimena Vicens y Analía Ferloni, por el cariño y cuidado entre mujeres, de nuestras maternidades y avatares de la vida, durante tantos años de intentar desarrollar juntas una epidemiología un poco más dialógica y social. A los más de 25 becarios y carreristas de epidemiología, jóvenes con quienes aprendí la construcción transgeneracional.

A Zulema Meyer, tejedora real, “concretitud pura”, de aquella potencia de la comunidad, maga y magia a la vez. Conocerla y trabajar con ella los procesos participativos para entretejer la política con la comunidad fue un bálsamo, fue “ver” el trazado del enlace, desde la perspectiva de cuidado sin necesidad de teoría, ahí en su esencia pragmática en la música surca el ritmo la vida. Gracias sonoras!

A mi amiga de la vida, Monica Schpilberg, en nombre de una lista de amigas presentes o ausentes por momentos. A ella, en especial por estar a cualquier hora, cuál adolescentes, para bancarme frente a mis brujas, en mis

momentos de flaqueo de esos pensamientos culturales de “quién crees que sos vos para decir algo”.

A mis compañeras y compañeros de camada del doctorado 2018, a cada una de esas presentaciones comentadas en los talleres de tesis, donde me sentí acogida frente a mi desconocimiento de las ciencias sociales por venir de la medicina y de quienes experimente, captando significados por interacción, eso de que los cambios de símbolos cambian a las personas y su comportamiento. Agradezco los aportes, pero más la paciencia y confianza transmitida de Verónica Del Valle en el primer taller de tesis, que me permitió no abandonar en el intento.

A mis primas, “*Las Gutiérrez*”, con quien fantaseo escribir un libro “*Las mujeres de la Conce*” (nuestra abuela y madre de la Gladys poderosa, que venció el patriarcado), ¿cuántas voces necesitamos poner para darle una vuelta biocéntrica al mundo? Nos reencontramos de grande, en este permiso que epocalmente nos estamos dando las mujeres, ahora nos reímos mucho, ya no estamos acalladas, llevamos la risa que expresa nuevamente la fuerza que viene a entamar el amor con voces audibles en una partitura plural donde se encuentre la melodía de la vida.

A Marta Britez, la mujer de mi casa, por cuidarme y cuidar mis momentos vitales, los de pérdidas y los bellos, no sólo durante la escritura de la tesis. Finalmente, a Kala, por su hermosa compañía y por sus hociqueos para que tome recreos durante el proceso de escritura para pasear con ella el contemplar.
