



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE  
SAN MARTÍN

### **Gestionar *en red***

El trabajo en Atención Primaria de la Salud durante la  
implementación de políticas públicas

Tesis para optar por el título de Magister en Antropología Social

Autora: Camila Natasha Baracetti  
Director: Adrián Koberwein

Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Mayo de 2024

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducción .....                                                                     | 3   |
| Inserción en el campo .....                                                            | 13  |
| Estructura de la tesis.....                                                            | 16  |
| Capítulo I: La mirada del diseño .....                                                 | 19  |
| Heterogeneidad, fragmentación y migración en el AMBA.....                              | 25  |
| <i>Ejes de acción</i> y metáfora de redes .....                                        | 34  |
| El diseño de la implementación.....                                                    | 55  |
| Capítulo II: Presentaciones y “diagnósticos” locales .....                             | 64  |
| Los sentidos de la APS.....                                                            | 66  |
| Entre la desconfianza y la falta de cuidado.....                                       | 71  |
| Instrumentos, tiempos y burocracias .....                                              | 80  |
| Capítulo III: La construcción de <i>proformas</i> para gestionar .....                 | 96  |
| <i>Problematizar</i> la alimentación y el puerperio .....                              | 99  |
| Capítulo IV: Definiciones espaciales y experiencias de participación comunitaria ..... | 117 |
| Construir áreas de responsabilidad.....                                                | 119 |
| La <i>mesa interinstitucional</i> .....                                                | 131 |
| Mi trabajo desde el rol de <i>facilitación</i> .....                                   | 142 |
| Capítulo V: Eventos que legitiman .....                                                | 146 |
| Reflexiones finales .....                                                              | 164 |
| Bibliografía.....                                                                      | 180 |

## Introducción

La presente investigación es producto de un análisis etnográfico de las relaciones sociales entre formuladores, implementadores y destinatarios de la Red Pública de Salud AMBA, una política pública en salud gestionada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires e implementada en diecinueve municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La política se propuso reestructurar el trabajo sanitario modificando tiempos, espacios, prácticas de trabajo y vínculos en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Se reforzaron los equipos de salud para el análisis de problemáticas sanitarias locales, y se incentivaron dos cuestiones centrales: por un lado, la participación de los trabajadores de la salud en la gestión y la toma de decisiones en el marco del programa; por otro lado, la participación de la comunidad beneficiaria. En el marco de esta reestructuración, se propuso digitalizar la información de los pacientes a través de la Historia Clínica Electrónica, equiparar contrataciones, salarios y especialidades en todos los centros de salud, armar equipos “nucleares” territoriales y realizar obras de infraestructura incorporando equipamiento a los centros de salud. Estos cambios implicaron estandarizar la actividad de todos los centros bajo la pretensión de agilizar su funcionamiento. Todo ello se enmarcó en una política de gobierno más amplia, que fue la de “modernizar” la gestión estatal en todos los niveles del Estado.

Entre los años 2015 y 2019, el Poder Ejecutivo de la Nación incentivó políticas de informatización de la gestión, ya que consideraba que había que superar los *dramas burocráticos* y los *trámites eternos* que los ciudadanos tenían que enfrentar cuando se encontraban con el Estado<sup>1</sup>. Estas políticas de modernización buscaron aumentar la eficacia y la eficiencia en la gestión, incorporando tecnologías de la información y realizando cambios en la forma de trabajar. Con la idea de transformar el sistema de salud *integrándolo*, la Red Pública de Salud AMBA proclamaba implementar cambios en los Centros de Atención Primaria, fomentando el *trabajo en red* entre diferentes niveles de la

---

<sup>1</sup>Utilizo la letra cursiva para destacar mi apropiación de palabras, categorías y conceptos utilizados por los actores del universo social analizado. La cursiva separada del cuerpo del texto refiere a la transcripción de sus dichos tal como fueron registrados. El entrecomillado será empleado para citas bibliográficas textuales y para resaltar determinados términos.

estructura organizativa del Estado. Todo ello implicó modificar espacios, tiempos y formas de trabajo, modificando así, también la conducta de los destinatarios de la política: los trabajadores de Atención Primaria<sup>2</sup>. Ahora bien, ¿Qué efectos tienen las políticas modernizadoras del estado en los trabajadores públicos locales? ¿De qué manera se construye socialmente la implementación de una política pública en salud? ¿Qué tipo de relaciones establecen los implementadores y destinatarios locales? ¿Qué implicaciones tuvieron las modificaciones institucionales en la manera en que se tratan los problemas sanitarios? A partir de estos interrogantes, planteamos como objetivo general indagar en la manera en que las modificaciones institucionales en las políticas públicas implican la creación de “nuevas” categorías de sujetos y prácticas, así como cambiantes formas legítimas de intervención en salud, donde los profesionales y otros trabajadores forman parte activa de estos cambios, incidiendo en su desarrollo.

Una de nuestras preguntas de partida refiere a los motivos que esgrimieron los formuladores para sustentar la necesidad de un cambio en las políticas. Otro de los interrogantes giró en torno a las valorizaciones que los trabajadores de salud tienen en torno al Estado, la gestión, la salud pública y qué incidencia tienen en el proceso de implementación. Inicialmente, partimos de pensar que los formuladores tenían como eje de transformación a las instituciones de atención primaria y sus trabajadores. Sin embargo, a lo largo de la investigación verificamos que el objetivo era de más amplio alcance: desde el punto de vista de los diseñadores de la política, los cambios en la atención primaria fueron sólo el comienzo, para luego transformar al sistema de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires en su totalidad. Otro de nuestros interrogantes iniciales giró en torno a la relación entre *gestión, territorio y trabajo comunitario*. Nos preguntamos acerca de cómo se construyen las relaciones de sociabilidad y atención entre los trabajadores de salud con las organizaciones sociales, los vecinos, las instituciones en general, y también con otras instituciones de salud en particular. Este interrogante surgió

---

<sup>2</sup>A lo largo de la tesis utilizaré el lenguaje masculino genérico salvo cuando me refiera a grupos de personas particulares a las cuales me referiré utilizando el lenguaje inclusivo. La finalidad del uso de este tipo de lenguaje consiste en romper no solo con el sexismo que acarrea el genérico masculino sino también con los binarismos femenino/masculino.

ante el interés, de parte de los formuladores, en que los trabajadores de la salud fomentaran la *participación comunitaria* en los CAPS.

Centrándonos en la dimensión local de la implementación de la Red Pública de Salud AMBA, hemos tomado como unidad de análisis a las relaciones sociales entre las implementadoras de la política y los destinatarios en diferentes ámbitos y contextos del proceso de implementación.

Al poner énfasis en la dimensión local, decidimos centrarnos en las relaciones entre implementadores y destinatarios en las diferentes etapas del proceso de implementación. Sin embargo, al ser una política que tiene como destinatarios principales a los trabajadores y las instituciones públicas, la dinámica de implementación incluyó interacciones con funcionarios provinciales y municipales como ser, secretarios, subsecretarios y coordinadores de área.

El análisis etnográfico nos reveló que valores como el *trabajo en red*, *participar en reuniones de equipo*, *problematizar*, la *multidisciplina*, eran condición necesaria según los formuladores para “gestionar” localmente los centros de salud. Poseer esos valores fue visto como requisito para transformar la Atención Primaria y, de esa manera, modificar el Sistema haciéndolo más *integrado*. Graeber (2018) propone pensar el “valor” como relativo a la “importancia” que los actores le otorgan a la acción. El valor se convierte en el modo en que las personas se representan a sí mismas la importancia de sus acciones (2018: 100).

La *integración* sería, según el diagnóstico de quienes diseñaron la política, la solución a dos de los mayores problemas que reconocieron en el sistema de salud que querían modificar: el de la *heterogeneidad*, y el de la *fragmentación* que lo caracterizaba hasta entonces. La *heterogeneidad* refería a que las jurisdicciones del AMBA tenían diferentes modos de gestionar el personal. No en todos los CAPS había actividades de promoción y prevención ni *trabajo en equipo*, por ejemplo, y la infraestructura y el equipamiento de los centros de salud era desigual. Lo mismo sucedía con las formas de registro de la información entre municipios, ya que en muchos centros seguía realizándose en papel. La

*fragmentación* refería a que los diferentes niveles de atención, es decir los CAPS, los centros de mediana atención y los hospitales, así como las diferentes jurisdicciones del AMBA, es decir, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como los sectores públicos, privado y de la seguridad social, no estaban articulados entre sí. Según el diagnóstico, dichos problemas traían como resultado que las personas *migren* de su domicilio de residencia a otros lugares del AMBA para ser atendidas fomentado la *inequidad territorial*.

Considerando estos puntos, en el análisis que realizamos sobre el proyecto construido por los formuladores sostuvimos que la política estudiada planteó una configuración espacial en la gestión en salud entre dos jurisdicciones, CABA y Provincia, integrándola en aspectos clave. El ordenamiento espacial incluyó también reorganizar la atención de los centros de acuerdo al domicilio de residencia y la zona donde se ubica el CAPS. Desde los inicios del proyecto, se jerarquizó el Área Metropolitana de Buenos Aires dándole valor específico argumentando motivos económicos y de gestión. La nueva selección espacial de AMBA como unidad sanitaria integrada daba respuesta a la *migración* de las personas entre jurisdicciones causada por los problemas de *fragmentación* y *heterogeneidad* del sistema.

Para solucionar los problemas planteados, los diseñadores de la política retomaron los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto a la organización del sistema en tres *niveles*, teniendo en cuenta el grado de alcance territorial y el tipo de atención de salud que brinda cada uno. El primero abarcaba los Centros de Atención Primaria de la Salud y los centros de salud para realizar estudios complementarios; el segundo abarcaba al conjunto de los *Hospitales Públicos de Cabecera*, y el tercero a los *Hospitales de alta complejidad*. Con la idea de *estandarizar* cada nivel y ordenar el sistema de acuerdo a su *complejidad* se comenzó con la implementación en el primer nivel, para luego intervenir en el segundo y en el tercero. Se buscaba, de esta manera, transformar el sistema de salud en su totalidad. Para llevar a cabo los cambios en el primer nivel, los formuladores trazaron cuatro *ejes estratégicos* de implementación: *recursos humanos, sistemas de información, modelo de gestión y*

*atención e infraestructura.* El primero de ellos se propuso *homologar* las especialidades dentro de los equipos de salud, así como equiparar los salarios, las horas de trabajo y estandarizar las funciones. Se incluyó también la definición de familias asignadas a un territorio para el seguimiento de su salud. Respecto a la gestión del personal, se propuso pasar de un modelo de gestión *tradicional* a uno nuevo, basado en *el aprendizaje y la transformación*.

En los dos modelos presentados como opuestos, la *Red pública* de salud AMBA propone una forma organizativa “nueva” y más eficiente, alejada de la forma *tradicional*, que fue caracterizada como *autoritaria y verticalista*. La nueva forma se enfocaba en la acción *conjunta entre educación, salud y trabajo*, abarcando *toda la red* de salud, no solo en el hospital, y con un sistema de solución de *controversias y conflictos* a través *del diálogo entre trabajadores* y también con los *usuarios*.

El segundo *eje* de implementación, que apuntaba a los sistemas de información, propuso pasar de la historia clínica en papel a la digital, incorporando el equipamiento necesario para ello y un sistema de turnos informatizado, con la idea de integrar la información de todo el sistema de salud. El tercer *eje, relativo a la gestión*, implicó homogenizar el funcionamiento de los centros de salud bajo la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* que se debía llevar adelante en las *reuniones de equipo*. También propuso la articulación entre agencias estatales, el armado de *actividades comunitarias* para fomentar la participación de los usuarios en la gestión de los CAPS, y la construcción de protocolos de atención. Apuntó también a construir *equipos multidisciplinarios* integrando diferentes saberes y gestionando de manera *colectiva* los problemas en salud presentes en la población. En cuanto al cuarto *eje*, relativo a la infraestructura, se propuso mejorar las condiciones edilicias de los centros de salud a través de modelos arquitectónicos estandarizados, así como su equipamiento. Los cuatro ejes tenían como fin homogeneizar y ordenar el sistema. La magnitud del cambio que se proponía implicaba casi todos los aspectos de la vida cotidiana de los CAPS, los espacios, los tiempos, la comunicación, los salarios y las formas de trabajo, generando nuevos comportamientos

en los agentes de salud. Para lograrlo, los trabajadores debían aprender a *trabajar en red* construyendo *conexiones*.

Respecto a la categoría *de red*, tomamos a Mauss (1991) quien define los “hechos sociales totales” como problemas jurídicos, económicos, políticos, morales, incluso estéticos y emocionales. Son problemas de carácter pluridimensional que en algunos casos ponen en juego a la sociedad toda y sus instituciones. El proceso de modernización tuvo una base tecnológica: la aplicación de sistemas de información. Además, y relacionado con ello, hemos advertido que el concepto de “red” excede la cuestión tecnológica. Como es sistémica, el concepto abarca todo el sistema de salud el cual contiene, como plantea Mauss aspectos legales, económicos, morales y emocionales en su funcionamiento. El concepto de “red” fue utilizado por diferentes actores relacionados con la formulación de la política e implementación local. Es utilizado por la OPS para plantear el modelo de integración del sistema de salud; por el ejecutivo nacional para incorporar tecnología de la información al estado y digitalizar los servicios de salud; por los formuladores para hablar metafóricamente de vínculos y sujetos, y por el coordinador de implementación local para mencionar las redes comunitarias.

Desde el punto de vista de los formuladores de la política, la metáfora de redes se utiliza para hablar de un sujeto complejo que posee conocimientos, emociones e interacciona de manera dinámica con el medio. Funciona como herramienta frente a problemas relacionados con las relaciones sociales ya que, en la actualidad, según afirmaban, estamos sufriendo una crisis de los vínculos sociales que afecta también a las instituciones del estado. Frente a esto, la propuesta fue crear salud conectándonos. Por eso, la *metáfora de redes* fue utilizada a lo largo de la implementación de la política para pensar la construcción de lazos y conexiones técnicas entre diferentes niveles del sistema de salud, así como para construir lazos sociales entre el centro de salud, los trabajadores y su personal médico y la comunidad. Respecto a las conexiones, la metáfora también incluyó el vínculo entre diferentes disciplinas. Ese punto se relacionaba con las especialidades y profesiones que, según los ejes estratégicos antes mencionados, debían conformar los equipos de salud.



Como mencionamos, la modernización del sistema de salud incluyó también generar cambios en los vínculos entre los diferentes niveles de la estructura organizativa del Estado para superar las formas de gestión consideradas como *verticalistas* y *desarticuladas*. A este respecto, se propuso por ejemplo fomentar *espacios de encuentro* entre la Secretaría de Salud Municipal y los CAPS generando instancias de *co-gestión* entre ellos donde se *problematicen* y surjan futuras acciones.

De acuerdo con Shore y Wright (1997) las políticas públicas pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos (lo que producen), las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en las que están inmersas. Uno de los aspectos más importantes de su formulación y puesta en práctica es la forma en que se construyen nuevas categorías de subjetividad y nuevos tipos de sujetos políticos, particularmente en relación a la concepción moderna de individuo. No simplemente asignan identidades particulares a individuos y grupos específicos, sino que construyen activamente esas identidades. En este sentido, la política Red Pública de Salud AMBA propone transformar a los trabajadores de Atención Primaria, en gestores de la salud que trabajen *en red*. Esta transformación conlleva un valor principal: la *conexión* con otros, a través de diferentes vías: el trabajo en equipo dentro de los CAPS (conectarse con otros trabajadores de salud), la interdisciplina (conectarse con otras disciplinas) y entablar vínculos comunitarios territoriales (conectarse con usuarios del sistema y organizaciones territoriales). Es decir, entablando *conexiones* con diferentes actores, la propuesta afirmaba que se podía dejar de ser “un trabajador de Atención Primaria de la Salud” para volverse un “gestor en salud”. Otros valores que se relacionan con el valor principal son: *la participación*, *el horizontalismo*, *la cooperación* y aprender a solucionar *problemas*. En cuanto a la participación, la podemos pensar en dos sentidos: por un lado, participar en las reuniones de equipo de los CAPS y por otro en las reuniones con *la comunidad* de cada *territorio*. Los dos tipos de participación implicaban la realización de encuentros o de algún tipo de reunión. Para poder participar y llegar a ser gestor, los espacios, los tiempos, la comunicación y las formas de trabajo tenían que cambiar. *Participar* implicó tener espacio y tiempo para estar presentes en reuniones que *problematicen* la salud de las familias que se atienden en los CAPS, así como las acciones para dar respuesta. Médicas y médicos,

profesionales de las ciencias de la salud mental, psicólogos y psicólogas, personal administrativo, enfermeras y enfermeros, todos y todas debían involucrarse, de una u otra forma, en la participación. Sólo así el pasaje de trabajador a gestor tendría como resultado la transformación de la Atención Primaria y, así, del sistema de salud en su conjunto.

Al ser la Red Pública de Salud AMBA una política pública que pretendía transformar al mismo Estado, las reuniones muchas veces incluían a referentes de instituciones estatales como ser escuelas, clubes y comedores vinculados con programas públicos. La idea de *comunidad* refería no solo a la pretensión de los formuladores de que participaran los usuarios del sistema, sino también otros actores como organizaciones e instituciones territoriales.

En cuanto a la transformación de trabajador en gestor *en red* que implicó involucrarse en la implementación de la política, consideramos que la pretensión de cambio incluyó no solo a los trabajadores de los CAPS sino también a los funcionarios municipales y a los implementadores. Las *facilitadoras* e *implementadores* formaron parte de un proceso no solo de aprendizaje de una metodología de gestión para poder transmitirla a los CAPS sino también el poner en práctica dicho aprendizaje. En el municipio donde realizamos el trabajo de campo, las *facilitadoras* e *implementadoras* eran estudiantes y graduadas de ciencias sociales y humanas sin experiencia de trabajo en el campo de la salud. Por lo tanto, el aprendizaje fue doble, por un lado, el relacionado con dicho campo y por otro, enseñar y llevar a la práctica la metodología propuesta. El trabajo de facilitación incluyó la participación en numerosas *reuniones*: con funcionarios de la Secretaría de Salud, coordinadores de áreas como salud mental o epidemiología, coordinadores de CAPS, trabajadores de los CAPS e implementadores de otros municipios. *Reunirse* fue la manera en que los implementadores pusieron en práctica la metodología propuesta.

Respecto al rol de los trabajadores de los CAPS y los implementadores durante el desarrollo de la política, partimos de la hipótesis que tienen una importancia clave y, por lo tanto, las transformaciones no pueden explicarse únicamente apelando a un diseño institucional pre-establecido. Al pensarse a sí mismos como portadores de un conocimiento válido, autorizado y por lo tanto legítimo, y al desplegar una praxis

conformada por diversas experiencias profesionales y técnicas en la intervención sanitaria en contextos de profunda desigualdad social, los profesionales y trabajadores de la atención primaria re-construyen, disputan o resisten las propuestas de cambio de las agencias del Estado. Respecto a los implementadores, también poseen un conocimiento técnico y experiencias de trabajo que atraviesan las intervenciones realizadas en el desarrollo de la política. Entonces, para explicar las transformaciones en el nivel primario de la salud, pusimos énfasis en la manera en que los profesionales trabajadores de los CAPS, así como los implementadores incidieron sobre estas transformaciones, se trate de incidencias planificadas o no.

Existe un consenso en el campo de estudios de las políticas públicas en cuanto a que éstas observan un proceso que comienza con la construcción de una realidad como problema social, pasando por el diseño y la formulación que actuaría sobre el problema para revertirlo, hasta la efectiva implementación, evaluación y reajuste de la política. El uso que se le da a las distinciones entre “gestión”, “formulación” e “implementación” muchas veces es mecánico sin dar cuenta el contexto de su producción. En la investigación tomaremos dichas categorías sólo en parte ya que nos interesa analizar de qué manera las políticas públicas se producen en contextos particulares (Koberwein, 2010). En el caso de la categoría “gestión” veremos qué sentido le otorga una política específica, la Red Pública de Salud AMBA, en un espacio tiempo determinado, los Centros de Atención Primaria de un municipio del conurbano bonaerense ubicado en la Cuenca del Río Reconquista. De esa manera podremos identificar también cómo se producen las categorías relacionadas con el campo de las políticas públicas de manera situada.

La Red Pública de Salud AMBA no solo responde al campo de las políticas públicas sino también al campo de la salud. En el año 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el compromiso ‘Salud para todos en el año 2000’ y para llevarlo adelante, tres años después, la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) convocó a una conferencia en Alma Ata (Kazajstán) donde se estableció que era necesario tener una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces, para cumplirla (Pozzio,

2010)<sup>3</sup>. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria contó con la presencia de representantes de diferentes países del mundo, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales. El encuentro definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de “Atención Primaria de la Salud” generando el consenso de que los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son las instituciones clave y punto de partida de las políticas sanitarias. Los formuladores de la política retomaron los lineamientos de Alma Ata y los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en la implementación del proyecto Red pública de salud AMBA<sup>4</sup>. La ejecución presupuestaria la llevó adelante el Ministerio de Salud de la Provincia y el Ministerio de Infraestructura<sup>5</sup>. El financiamiento general se realizó con un presupuesto de la Provincia de Buenos Aires a través de un crédito internacional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y uno del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El proyecto de la red AMBA sigue los lineamientos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

La política estudiada tiene antecedentes previos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través del Ministerio de Salud de dicha jurisdicción. Allí se llevó adelante una primera experiencia de digitalización de la información en salud a través de la Historia Clínica Electrónica, así como la estandarización de los tiempos de trabajo. Medios de comunicación locales definieron la implementación de la Historia Clínica Electrónica

---

<sup>3</sup>María Pozzio (2010) desarrolla la importancia de Alma Ata para la definición del concepto de Atención Primaria de la Salud. Plantea que Allí se declararon los principios básicos de la Atención Primaria de la Salud relacionados con hacer accesibles los servicios a toda la población; realizar actividades de promoción y prevención combinadas con la de tratamiento y rehabilitación; y fomentar la participación comunitaria.

<sup>4</sup>En año 2015 la ONU adhirió a la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* donde se definieron diecisiete *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*, siendo uno de ellos, al igual que en Alma Ata, *Salud para Todos*. El *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)* se propuso financiar los objetivos de la ODS en los próximos años siendo la Argentina uno de los países destinatarios del financiamiento

<sup>5</sup>Ministerio de salud se encargó de ejecutar bienes de consumo (guías, manuales), bienes de uso (equipamiento médico, mobiliario), los contratos financiados por el PNUD (para equipos de facilitadores, ayudantes, coordinadores) y otras transferencias relacionadas con la nivelación y contratación de trabajadores de la salud, las actividades comunitarias en la implementación de la historia clínica electrónica. El Ministerio de Infraestructura: se encargó de las obras y el convenio con la FADU para su supervisión.

como un *nuevo sistema para mejorar la salud* ya que *permite a los profesionales de la salud registrar y consultar de manera ágil y rápida la información del paciente*<sup>6</sup>.

### Inserción en el campo

El trabajo de campo para esta investigación se desarrolló entre mayo del año 2018 y diciembre del 2019 en un municipio ubicado en el oeste del conurbano bonaerense, lindante a la Capital Federal<sup>7</sup>. Dentro de los catorce CAPS que pertenecen al municipio, seleccionamos tres ubicados en la zona *norte* del municipio, dentro de la Cuenca del Río Reconquista. Hemos ponderado la etnografía como metodología entendiéndola como “una mirada analítica que da por supuesta la diversidad de lo real y trata de aprehenderla a través de un análisis centrado estratégicamente en la perspectiva de los actores” (Balbi y Boivin, 2008: 9; véase también Guber, 2001). Este enfoque me permitió abordar las políticas públicas estatales en materia de salud identificando cómo son vividas y construidas por los sujetos involucrados, teniendo en cuenta los significados que ellos mismos le otorgan. A lo largo de la investigación realicé registros de campo mientras la implementación se estaba desarrollando, describí diferentes tipos de reuniones: con trabajadores y coordinadores de los CAPS, con funcionarios y coordinadores municipales, en eventos sociales, en reuniones con organizaciones sociales y referentes de instituciones públicas.

En el año 2021 reconstruí los registros que había realizado en 2018 y 2019, agregado información y análisis de documentos estatales como fuentes secundarias. Documentos como el *anteproyecto* de la política, *minutas de reunión*, *informes de seguimiento de implementación*, *proformas* y *línea de base*, fueron analizados teniendo en cuenta el contexto de su producción y clasificación (Muzzopappa, E. y Villalta, C., 2011). Según Mussopapa y Villalta (2011) las burocracias que componen el “campo de lo estatal” pueden ser más o menos herméticas según la agencia estatal de la que se trate. La facilidad

---

<sup>6</sup><https://www.infobae.com/salud/2016/12/07/historia-clinica-electronica-el-nuevo-sistema-para-mejorar-la-salud-del-paciente/>

<sup>7</sup>No detallamos el nombre del municipio porque algunos funcionarios y trabajadores siguen trabajando en él y preferimos resguardar su identidad tal cual como lo acordamos cuando comenté que se llevaría a cabo esta tesis.

que tuve para acceder a los documentos, se relaciona con mi rol de trabajadora *facilitadora* que ejercí durante la implementación y los vínculos de confianza que establecí en aquellos años.

Sobre investigaciones en torno a universos familiares, Frederic Sabina (1998) realiza un ejercicio de reflexión metodológica proponiendo ser precavido con la pretensión naturalista y de objetividad a la que se puede caer por miedo a estudiar un campo conocido. El naturalismo implica un no-sujeto en el campo donde el investigador sólo se encarga de registrar lo que pasa para percibir 'lo real'. En oposición a este planteo, la autora propone historizar la inmersión del universo estudiado poniendo el acento en el extrañamiento. Retomando su propuesta, tuve que analizar mi doble rol (de trabajadora y de investigadora) teniendo en cuenta que en gran parte de mi trabajo puedo considerarme "nativa" en el campo (Abu-Lughod, Lila, 1988). A continuación, haré un breve recorrido de mi experiencia de trabajo en la zona como trabajadora, ya que considero que se vincula con la participación y las intervenciones que tuve en los CAPS, para luego seguir desarrollando algunos aspectos metodológicos que atañen al proceso de investigación.

Mientras cursaba la carrera de grado en antropología, trabajé como docente y orientadora social en escuelas ubicadas en los barrios donde están los CAPS a los que nos referimos en esta tesis. Paralelamente, integré un grupo con compañeros estudiantes de antropología y geografía con los que hice mis primeras experiencias de campo sobre vínculos entre familias y usuarios de drogas y posteriormente problemáticas indígenas y ambientales en relación con categorías analíticas espaciales. Mientras trabajaba en las escuelas, decidí tomar horas en un secundario para adultos en el Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE) de José León Suarez. Quería vivir la experiencia del reciclado 'desde adentro'. Recuerdo que durante las clases era inevitable (para ellos y para mí) hablar de su trabajo en la separación de residuos y las consecuencias en su salud. Desde la entrada del CEAMSE se veían los carros altísimos de cartones llegando a las cooperativas que funcionaban dentro, y grupos de personas agolpadas alrededor de camiones de empresas con mercadería que ya no podían vender y querían desechar. La reja que separaba el predio con el afuera era cruzada permanentemente por

personas que querían llegar a las enormes montañas que algunos llamaban basura y otros, futura comida. Durante aquellos años trabajé también como orientadora social y asistente socioeducativa en diferentes proyectos, atendí situaciones de violencia sexual y planifiqué intervenciones basadas en la Educación Sexual Integral. En el año 2018 empecé a trabajar en la Red Pública de Salud AMBA. En aquél momentos elegí realizar la implementación en los CAPS cercanos al camino del Buen Ayre y el CEAMSE ya que era un territorio en el que había trabajado. Además, la zona se encuentra dentro de la Cuenca del Río Reconquista por lo tanto podía ver de qué manera afectaba la contaminación en el trabajo en los centros y las personas que se atienden allí. Ingresar a trabajar en la política pública lo veía como una oportunidad ya que podía ver los temas desde otra óptica institucional: la de los Centros de Atención Primaria de la Salud. Cuando nos dividimos en “duplas” para elegir los centros de salud y las zonas en las que trabajaríamos, una compañera, también antropóloga, se sumó a la misma zona que yo. Ella tenía experiencia de trabajo en educación popular en fábricas recuperadas y un posgrado en Educación Sexual Integral (ESI). Las similitudes en nuestras trayectorias influyeron en las intervenciones que tendríamos durante el tiempo que trabajamos en los CAPS.

Ante la pregunta acerca de la diferencia del trabajo técnico en ciencias sociales en instituciones públicas y el trabajo de investigación, Fonseca y Cardanello (2004) plantean que “al técnico, le cabe actuar y, en el acto, tomar una política clara de opción entre múltiples posibilidades” (op cit. 14) y al investigador “un lugar más “distanciado” donde puede ir más allá de problemas inmediatos e investigar estructuras que no eran visibles en el transcurrir de las actividades cotidianas” (op cit. 14). En ese sentido, observar los diferentes documentos como la *línea de base*, las *proformas*, minutas de reunión e informes de gestión, analizando las relaciones sociales en las que estuvieron insertos, la circulación de los documentos, ayudó al pasaje del trabajo “técnico” como facilitadora durante la implementación de la política, al rol de investigadora.

El proceso de extrañamiento consiste en la experimentación de una tensión entre la aproximación a un universo de sentidos y su distanciamiento por el contraste con el marco de referencia del investigador (Lins Ribeiro, 1989). Las lecturas de los documentos

construidos durante la implementación tuvieron en cuenta a quienes los formularon, a las categorías que utilizaron y a quienes accedieron a leerlos (funcionarios de diferentes estamentos del Estado y organismos internacionales). El análisis colaboró en el proceso de extrañamiento que no tuve durante el trabajo “técnico” como implementadora de la política. A su vez, hubo un alejamiento temporal con los hechos sucedidos, ya que pasaron cinco años desde que comenzó la implementación hasta que se inició el proceso de escritura de la tesis. La construcción de registros de campo durante la implementación y su reconstrucción tres años después también contribuyó a generar distancia con el campo de estudio.

### Estructura de la tesis

En el capítulo I analizamos la perspectiva de los formuladores a través de distintos tipos de materiales. Por un lado, realizamos un análisis de tres tipos de documentos: un manual y una guía para la implementación de la Red Pública de salud AMBA y el anteproyecto de la política. Los manuales y guías fueron confeccionados por los formuladores como material pedagógico para que sea utilizado como guía de implementación a nivel local. Nos serviremos del *anteproyecto* ya que presentó un diagnóstico del sistema de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires dando cuenta de los motivos que sustentaron los cambios. Para completar el análisis, hemos contrastado el diagnóstico general del AMBA con el diagnóstico local en los tres centros de salud donde hicimos el trabajo de campo. Por otra parte, tomo el “Manual para equipos de salud y actores de la comunidad” y la “Guía para equipos de facilitadores. El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias...hacia los dispositivos de enlace para una salud conectiva. Un Modelo de gestión y atención con eje comunitario”, para analizar las *líneas estratégicas*, los fundamentos de la política, los objetivos y la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* que usaron los implementadores para llevar adelante los cambios. Consideramos que dichos textos son la expresión y el producto de la formulación de la política. Además, para complementar la perspectiva del diseño hemos analizado los discursos de varios funcionarios de la política y de los coordinadores de implementación



locales durante jornadas de capacitación a implementadores y reuniones de presentación de la política a nivel local.

En el capítulo II realizamos un análisis de la etapa inicial de implementación del plan en el municipio que duró desde el mes de mayo hasta el mes de diciembre del año 2018. Dicha etapa abarcó las reuniones de capacitación internas para el equipo de implementación local donde se definieron las zonas de trabajo, la realización de las primeras reuniones de presentación de la política a los coordinadores, la llegada de las facilitadoras a los CAPS y la construcción del documento línea de base. Se analizarán dichas reuniones considerando las interacciones entre implantadores y destinatarios de la política. En aquellos meses, las facilitadoras aprendieron sobre las nociones generales de la atención primaria a la salud y entraron en contacto con los y las trabajadoras de los CAPS. A su vez, los trabajadores conocieron la propuesta de la política y a las dos *facilitadoras* asignadas, quienes se encargarían de llevar adelante la implementación hasta su finalización. Respecto a la *línea de base* fue un instrumento utilizado para mostrar la situación de los CAPS antes de la llegada de la política respecto a los ejes que posteriormente se modificarían.

El capítulo III hace foco en el proceso social de construcción de la *proforma* un documento de sistematización que permitió instalar las *reuniones de equipo* e implementar la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas*. Para el análisis nos centraremos en las interacciones entre facilitadoras y trabajadores haciendo foco los distintos saberes que circularon en las reuniones. Se desarrollará la *problematización* realizada por uno de los tres CAPS donde se trabajaron cuestiones relativas a las problemáticas de la alimentación, a los criterios para la entrega de leche y a los inconvenientes para la distribución de medicamentos para embarazadas, entre otras cuestiones.

El capítulo IV se centra en el análisis de las interacciones y la dinámica de las reuniones que tuvieron como fin la modificación de las representaciones sobre el espacio de los trabajadores, y la inclusión, como elemento clave de la gestión, la relación entre los

centros y diferentes actores sociales barriales. Además, presentamos una reflexión acerca de mi rol como facilitadora y la experiencia vivida en la práctica de trabajo

Por último, en el capítulo V tomaremos el abordaje de “situaciones sociales” (Gluckman, 2003) para analizar dos eventos realizados en dos momentos diferentes del desarrollo de la política donde participaron formuladores, funcionarios municipales y trabajadores de los CAPS. El primero en el mes de marzo del año 2019 donde algunas iniciativas recién estaban comenzando y el segundo en pleno desarrollo de los ejes de implementación. En el primero se presentaron diferentes tipos de capacitaciones y líneas de trabajo, en el segundo se realizó una sistematización de los *logros* obtenidos desde la llegada de AMBA a los CAPS. Los eventos le otorgaron legitimidad a la política a la vez que se reforzaron valores y se explicitaron las jerarquías propias de la dinámica de funcionamiento de las instituciones estatales.

## **Capítulo I: La mirada del diseño**

La naturaleza de la política implica transformar la realidad, apuntar al cambio social en algún sentido bajo la orientación de objetivos y metas públicas formuladas (Swartz, Turner y Tuden, 1966). Para Shore (2010) las políticas públicas son en este sentido fenómenos políticos, pero su naturaleza política está a menudo oculta detrás de un lenguaje legal, objetivo y racional con las que son presentadas (2010: 34). Al ser construidas por los grupos y personas que gobiernan, la labor de los formuladores de políticas es un ámbito fértil para analizar las formas de gobierno y ejercicio del poder. En este ámbito, funcionarios, técnicos, políticos y expertos, arman planes, utilizan estrategias para ponerlos en marcha, y construyen legitimidad social a través de sus acciones.

Como adelantamos en la introducción, cuando hablamos de la *Red pública de salud AMBA* estamos tratando con un proyecto de cambio que propuso la modernización del sistema de salud, teniendo como destinatarios a las instituciones públicas y a sus trabajadores, los agentes de salud. Comúnmente, en el marco de una política de este tipo, se arma un plan, se diagnostica cuáles son los problemas, lo que se quiere lograr, y cómo llegar a hacerlo. De esa manera se construye una mirada sobre la realidad que se quiere transformar, que se plasma en documentos, discursos y planes de acción.

En el presente capítulo ofrezco una descripción del punto de vista de los formuladores de la política ya que partiendo desde su perspectiva se puede comenzar a analizar la manera en que el diseño de la política orientó (no sin ausencia de conflictos) la acción de las personas involucradas en la implementación local y su relación con los destinatarios. Para esta descripción me baso principalmente en la información que ofrecen los proyectos y documentos estatales, así como en información obtenida a través de la observación participante en reuniones con funcionarios, expertos que colaboraron en el diseño y coordinadores de implementación.

Desde la mirada tradicional de las ciencias sociales, las políticas públicas tienen diferentes “fases” en su proceso de construcción y puesta en marcha (Tamayo, 1997). En primer lugar, la identificación / definición de un problema o conjunto de problemas a resolver por parte del Estado. En ocasiones, quienes toman la iniciativa son funcionarios y/o políticos que consideran que cierto estado de situación en relación a las políticas públicas debe ser transformado. Otras veces la definición del problema proviene de las demandas de la población, y es tomado por los decisores públicos, que le otorgan prioridad en su agenda.

Luego de la definición del problema se presenta la fase de formulación de alternativas para su solución, cuestión que incluye la generación de metas y objetivos a cumplir, la presentación de diferentes caminos para lograrlos y la selección de uno de ellos como el más adecuado. En tercer lugar, la fase de implementación se refiere a la puesta en marcha de las políticas donde se espera que se logren los objetivos planteados. El trabajo de implementación de una política pública implica llevar a la práctica los lineamientos centrales ideando estrategias para lograr los propósitos que los formuladores construyeron. La última y cuarta fase es la de evaluación de resultados donde se presentan los logros alcanzados legitimando las decisiones tomadas. Es una fase que implica volver atrás en el tiempo sustentando mediante documentos el vínculo entre la formulación y los “logros” obtenidos.

Muchas veces se tiende a conceptualizar los procesos de formulación de políticas desde una mirada lineal “de arriba hacia abajo” que comienzan con un texto con metas y objetivos a lograr, desciende por niveles administrativos a través de funcionarios del Estado y finalmente llega a la gente. En el caso de la Red pública de salud AMBA podríamos pensar en un híbrido ya que los *ejes estratégicos* están diseñados desde el principio para que sean implementados. Eso incluye homogeneizar la composición de equipos, tecnología de la información, cantidad de horas, espacios de trabajo y salarios. Al mismo tiempo se pretende estandarizar un modelo de atención participativo para los equipos de salud y *la comunidad* con la idea de que su contenido sea leído por otros estamentos del Estado municipales y provinciales.

Retomando a Shore (2010), “para poder analizar lo que las políticas significan debemos considerar los contextos socioeconómicos, políticos e históricos más amplios en los cuales están inmersas y el rol social que cumplen” (2010: 44). Una manera de hacerlo es describir cómo la *Red pública de salud AMBA* se encuentra articulada con procesos más amplios, que tenían el objetivo de una reforma del Estado Nacional en su conjunto, a través de lo que se conoció como el plan de modernización estatal. Entre otras y múltiples cuestiones, se propuso incorporar tecnología de la información a la gestión como respuesta a los *dramas burocráticos* que, según los funcionarios, los ciudadanos tienen que enfrentar cuando se encuentran con el Estado.

Según Oszlack y O’Donnell (1981) el momento histórico en el que se formulan las políticas estatales permite pensarlas de manera no aislada y comprender su dimensión política. El poder ejecutivo de la Nación entre los años 2015-2019 incentivó políticas de informatización de la gestión en diferentes áreas del Estado<sup>8</sup>. Estas políticas de modernización buscaron aumentar la *eficacia y la eficiencia* en la gestión incorporando tecnologías de la información y realizando cambios en la forma de trabajar. Dentro de las decisiones del ejecutivo nacional, la creación del Ministerio de Modernización se enmarcaba en un *plan para modernizar el estado* basado en la *transparencia, recuperación de los recursos humanos* con nuevas tecnologías para *terminar con los trámites eternos, el maltrato, y las largas colas, recuperando tiempo, calidad de vida, y el respeto desde el Estado al ciudadano*<sup>9</sup>.

Dentro del sector salud, la implementación de estas tecnologías de modernización implicaron al menos dos cosas: la digitalización de las historias clínicas y la propuesta de modificar tiempos y lugares de trabajo en los servicios de salud. Como veremos, el uso de la tecnología fue de vital importancia para los objetivos de cambio que tuvo esta política

---

<sup>8</sup>Mauricio Macri fue Jefe de Gobierno porteño entre los años 2007 y 2015 y presidente de la Nación entre el 2015-2019.

<sup>9</sup>Discurso pronunciado por Mauricio Macri en la Asamblea Legislativa donde presentó el *Plan de Modernización del Estado*. Presentado en diario *Ámbito*, 02 marzo 2016 Link: <https://www.ambito.com/politica/cuales-son-los-5-ejes-del-plan-modernizacion-del-estado-n3929733>.

pública en concreto, y ello será un tema central para nuestro argumento. Para marcar esta importancia, considero necesario dar cuenta del punto de vista de quienes formularon esta política, pues se trata de quienes propusieron que el problema de la política de salud existente no era eficiente, eficaz ni respetuosa con el ciudadano. A tal efecto, como dijimos, la solución propuesta fue la modernización del sistema de salud en su totalidad. Tomaré dos *manuals* donde las personas que construyeron la política presentaron los *ejes estratégicos* y líneas de acción para llegar a la solución de los problemas planteados. A tal efecto, se propuso una metodología específica basada en la *metáfora de redes* para guiar las tareas de implementación que condujeran al cumplimiento de los *objetivos*.

La creación del ministerio de modernización y la incorporación de tecnologías de gestión a la burocracia respondía también a la necesidad de *jerarquizar al empleado público*<sup>10</sup>. En este sentido, el por entonces presidente de la Nación destacaba reiteradamente la importancia de un *cambio cultural* necesario para que el Estado Nacional deje de ser un *aguantadero* de funcionarios públicos. El *Plan para modernizar el Estado* tuvo diferentes ejes: *tecnología y gobierno digital, gestión integral de los recursos humanos, gestión por resultado y compromiso público, gobierno abierto e innovación pública y estrategia de País digital*<sup>11</sup>. Entre sus principales objetivos se destacó la utilización de los sistemas de información para poder *responder de forma eficiente y solucionar los problemas de los ciudadanos*.

Como adelantamos, el interés por aplicar tecnologías de la información al funcionamiento del Estado incluyó también al sector salud. En función de ello, se creó la Red Nacional de Salud Digital, que tuvo por objetivo el de:

“Integrar los sistemas de información de todas las jurisdicciones y sectores del sistema de salud, incluyendo el sistema público y privado. En la práctica, esto implicará que el

---

<sup>10</sup>A través del decreto 13/2015 que modificó la Ley de Ministerios.

<sup>11</sup>Según Daniel y Caravaca (2021) en el Plan de Modernización del Estado del gobierno de Cambiemos se involucraron gerentes de empresas en puestos de alto rango con la finalidad de aumentar la eficiencia y productividad de los organismos públicos. La concepción del management forma parte de la racionalidad neoliberal que apela a la lógica de expansión del mercado y considera a la empresa privada como superior frente a la agencia pública.

médico desde su consultorio atienda al paciente y registre en la historia clínica electrónica interoperable toda la información del acto médico (antecedentes, diagnósticos o problemas, plan de cuidado, resultados de laboratorios, medicación, etc.” (CUS, desarrollando sistemas de salud integrados, 2019)

El documento técnico construido por la Secretaría de Salud en el año 2019, explica los beneficios de *integrar el sistema de salud de todas las jurisdicciones, incluyendo el sistema público y privado* incorporando la historia clínica electrónica. La plataforma virtual sería parte de la tecnología necesaria para llevarla a cabo. El documento menciona que *la Red Nacional ha sido desarrollada por la Secretaría de Gobierno de Salud con la colaboración del Hospital Italiano de Buenos Aires y estaría puesta a disposición de todas las jurisdicciones del país para que conformen la Red Nacional de Salud Digital* (Op. cit 4: 2019).

La *Red pública de salud AMBA* se construyó en base a estos principios esgrimidos desde el Ejecutivo Nacional, e involucró a actores político-técnicos en un momento en el que el frente partidario *Cambiamos* ganó las elecciones generales del año 2015 que llevaron a Mauricio Macri a la presidencia<sup>12</sup>. Antes de profundizar en el problema de la modernización y las maneras en que fue implementada, considero que es necesario mencionar tres cuestiones del contexto político de aquella época, pues le dan sentido a la manera en que fue formulada e implementada la política que aquí analizamos. En primer lugar, quisiera destacar que el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el de la Provincia y el gobierno nacional pertenecían a la misma gestión política. Teniendo en cuenta que una de las primeras medidas del gobierno nacional fue crear el Ministerio de Modernización, el tema fue prioridad en agenda política y la propuesta de digitalización de la *Red pública de Salud AMBA* iba en consonancia con eso, siendo impulsada con mayor fuerza, como es lógico, en las jurisdicciones gobernadas por *Cambiamos*. La

---

<sup>12</sup>*Cambiamos* fue una coalición política nacional de Argentina inscrita en 2015 para competir en las elecciones nacionales que se realizaron ese año, a partir del acuerdo establecido entre la Coalición Cívica ARI, Propuesta Republicana, la Unión Cívica Radical y otras fuerzas políticas. Llevó como candidato presidencial a Mauricio Macri, quien ganó las elecciones y asumió como presidente de la Nación el 10 de diciembre de 2015.

particularidad que más adelante retomaremos, es la consonancia entre las gestiones de la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires. Dicho esto, veamos más en detalle qué implicó la modernización en el sistema de salud.

Además de la incorporación de las tecnologías de la información, el pensar un cambio *en el sistema* implicó, para quienes diseñaron la *Red pública de Salud AMBA*, un esfuerzo por modificar las prácticas de las personas involucradas en el sistema: médicxs, enfermerxs, administrativxs, coordinadorxs, que tuvieron que ajustarse a una “nueva” forma de trabajar. El proyecto de la política no consistió solo en incorporar tecnología de la información a la gestión pública, también querían modificar el comportamiento de los agentes de salud. La *mejora* del empleado público era también, como veremos, transformar los vínculos y las relaciones sociales entre los mismos trabajadores, con los funcionarios estatales y también con los habitantes de los territorios en los que los CAPS en que estaban inmersos.

A continuación, analizaremos diferentes documentos, observaciones realizadas en los tres Centros de Salud donde hicimos el trabajo de campo y también reuniones de gestión donde los formuladores desarrollaron sus valores e ideas relativas a la necesidad de transformar el sistema de salud. Tomaremos el *anteproyecto* de la política, que presentó un diagnóstico del sistema de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (en adelante AMBA), y plasmó los problemas identificados y sus soluciones. Para eso se incluyeron variables históricas, económicas, demográficas y otras propias del campo de la salud. También se tomarán tres manuales, uno escrito para los equipos de salud y dos escritos para equipos de facilitadores. La función principal de estos manuales fue la de ser una herramienta de capacitación para las personas que intervinieron en la implementación local: gestores provinciales, municipales y agentes de salud. El trabajo de campo en los CAPS corresponde a observaciones y conversaciones con los trabajadores de la salud realizadas durante los inicios de la implementación. Por su parte, las reuniones que tomaremos son de presentación de la política a nivel local y de capacitación. En ellas participaron funcionarios, técnicos, implementadores y gestores en salud municipales.



### Heterogeneidad, fragmentación y migración en el AMBA

La formulación de la política consistió en hacer un diagnóstico de la situación del sistema de salud con un recorte territorial específico, el Área Metropolitana de Buenos Aires, que comprende dos jurisdicciones: cuarenta municipios de la Provincia de Buenos Aires, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el año 2016, la Ciudad de Buenos Aires, la Provincia y la Nación estaban gobernadas por el mismo signo político llamado *Cambiamos* a nivel nacional y el PRO (Propuesta Republicana) en la Provincia de Buenos Aires. Era un momento “de cambio” por ser un gobierno no peronista después de treinta años de gobiernos peronistas en la Provincia<sup>13</sup>. La *Red pública de salud AMBA* se presentó como una *oportunidad* para unificar la gobernanza sanitaria del AMBA<sup>14</sup>.

Uno de los principales puntos que identificó el *anteproyecto* fue que las personas *migran* del lugar donde viven a otros municipios para ser atendidas formando *corredores sanitarios*. Tanto en el documento como en los discursos de los jefes de gobierno porteños de los últimos años, Mauricio Macri (entre 2007 y 2015) y Rodríguez Larreta (entre 2015 y 2023), se ha remarcado la tendencia de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires a atender personas que no habitan allí<sup>15</sup>. Dicha tendencia también es parte del diagnóstico de la política donde se detalla que la circulación con *egresos* e *ingresos* entre jurisdicciones, tiene la dirección de municipios pobres a los más ricos, muchas veces considerados con *mejores prestaciones*. Según los datos que presenta el anteproyecto, la *movilidad geográfica* se genera efectivamente desde *municipios con menor concentración de oferta de recursos* (infraestructura, servicios, especialidades) hacia aquellos con mayor concentración. En ese movimiento, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Plata,

---

<sup>13</sup>Propuesta Republicana (PRO) es un partido político de Argentina que desde el año 2015 forma parte de la alianza Cambiemos/Juntos por el Cambio. Fue reconocido legalmente en 2005 con el nombre de Compromiso para el Cambio y luego cambió su nombre a Propuesta Republicana en el año 2008.

<sup>14</sup>Fernán Quiroz, el coordinador general y formulador de la política, tiene saberes técnicos relacionados con sistemas de salud, con sistemas de información, de gestión hospitalaria por haber ocupado puestos de gestión en el Hospital Italiano y también por haber sido asesor del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Cuando cambió la gestión provincial después de las elecciones del año 2019 asumió como ministro de salud de la Ciudad de Buenos Aires, rol que posee actualmente.

<sup>15</sup><https://chequeado.com/ultimas-noticias/macri-cada-dia-mas-personas-recurren-a-nuestro-sistema-de-salud/>

Morón, Luján y Ezeiza serían *receptores* de atención y otros como Moreno y General Rodríguez serían *expulsores*. Para justificar el diagnóstico, el *anteproyecto* cita investigaciones de diferentes universidades que analizan el flujo de población. La migración es considerada un problema para los formuladores porque los municipios con más calidad y cantidad de servicios de salud, atienden a personas de otras jurisdicciones invirtiendo presupuesto propio para ello. En el caso de la *Red Pública de Salud AMBA* parte de la solución a la *migración* es construir nuevos centros de salud, o mejorar lo que ya hay, haciendo que las personas no tengan que trasladarse a otros lugares para ser atendidos lejos de sus domicilios. De esa manera se generaría un sistema de salud más justo y equitativo para todos los habitantes del AMBA solucionado, por un lado, el problema de movilidad de la población entre jurisdicciones para el acceso a los servicios, y por otro, que cada municipio se haría cargo de atender a la salud de sus habitantes invirtiendo presupuesto público local para eso.

Según el diagnóstico, la *migración* se produciría por la *heterogeneidad* del sistema reflejada en la disparidad en la cantidad y calidad de atención entre jurisdicciones. Así, por ejemplo, y en cuanto a la infraestructura de los hospitales, la *oferta de camas* en su distribución geográfica es destacada como muy desigual. Al respecto se afirma que la Matanza presenta la situación más desfavorable en cuanto a la estructura edilicia hospitalaria ya que cuenta con 0,9 camas cada mil “habitantes” mientras que Morón cuenta con 6 y CABA con 7,2 camas. Es decir, CABA tiene ocho veces más camas hospitalarias por habitante que la Matanza (*Red Pública de Salud AMBA. Anteproyecto Red Integrada de Cuidados Progresivos, Buenos Aires, noviembre 2016*).

Respecto a los Centros de Atención Primaria de la Salud CAPS, en el *anteproyecto* se plantea que hay una *ausencia de datos en el primer nivel de atención en todas sus dimensiones*. De lo que se conoce en *infraestructura*, la proporción de CAPS por cantidad de habitantes no era la misma en todos los municipios, y su situación edilicia observaría grandes disparidades. No todos los centros disponían de suficiente cantidad de consultorios, o un espacio para la atención en farmacia, cocina ni baños. El equipamiento

tampoco era proporcional, no todos contaban con computadoras, teléfonos, o camillas y equipos radiológicos.

En agosto del año 2018, el equipo de implementación del cual formé parte, hizo un relevamiento de los puntos que la política quería “mejorar”. Una de mis tareas fue la de realizar entrevistas grupales e individuales a los agentes de salud de los centros de atención primaria. La *heterogeneidad* en el área de infraestructura se evidenció en las entrevistas en referencia en diferentes aspectos: la cantidad de consultorios por centro de salud, la falta de espacio para hacer reuniones de equipo o un lugar donde hacer actividades grupales con adultos y/o niños. La mayoría de los CAPS tenía goteras, humedad y rotura de caños de agua, lo que hacía que los baños a veces no funcionaran. Además, me comentaron, la falta de calefacción hacía que los trabajadores y usuarios de los centros de atención pusieran en riesgo su salud. Otra de las cuestiones que surgieron sistemáticamente en estas entrevistas fueron los problemas con el sistema eléctrico de los edificios. Los recurrentes cortes de luz generaban graves problemas, siendo uno de ellos la ruptura de la cadena de frío de las vacunas guardadas en las heladeras. En cuanto al equipamiento, comentaron que había computadoras en la administración, pero no en los consultorios. Además, uno de los centros no tenía teléfono y la conexión a internet se cortaba. Tampoco había suficientes balanzas pediátricas, estetoscopios, sillas, ni insumos cotidianos como lapiceras o papel higiénico para los baños.

De esta forma, el diagnóstico de los formuladores tuvo entonces una primera confirmación: la sensación y las evidencias de que el sistema de salud necesitaba de un cambio eran generalizadas. Sin embargo, y como veremos, este acuerdo no conllevó una armónica implementación en la cual todos los agentes y trabajadores de la salud estuvieran conformes. Hubo tensiones entre los involucrados haciendo visibles las disputas entre los funcionarios locales de la secretaría de salud, los trabajadores de los CAPS y el proyecto político “nuevo” que se estaba impulsando.

Respecto a los problemas de infraestructura, para su solución el proyecto de la política formuló un modelo arquitectónico básico y estandarizado para todos los centros de salud del AMBA, lo que implicó el diseño de dos prototipos de centros de salud: uno de 6

consultorios y otro de 12, cada uno con su respectivo salón de usos múltiples para realizar actividades de promoción, prevención, así como reuniones y encuentros de diversa índole. Ambos modelos contaban también con un depósito para insumos (leche, medicamentos, etc.). El prototipo de 12 consultorios contaba, además, con un espacio para una farmacia. Estos modelos arquitectónicos respondían, cada uno, a la cantidad de trabajadores en funciones que cada centro demandaría según la *población expuesta*. La *población expuesta* es la definición que trazaron los diseñadores en el *anteproyecto* para calcular estadísticamente la población que usa el sistema público, y por lo tanto sería la destinataria final de los cambios que se pretenden realizar. Dicha población se calculó tomando el Censo del año 2014, considerando: la población que solo cuenta con cobertura del sistema público; la población que, pese a que cuenta con obra social o prepaga, se sigue atendiendo en el sistema público; y un grupo que pertenece a un programa estatal llamado Incluir Salud.

El *anteproyecto* compara el trabajo de los CAPS entre jurisdicciones y los define como *heterogéneo* y con “desventajas” de algunos municipios frente a otros. En primer lugar, no todos los equipos hacían seguimiento de la salud de la población que les correspondía según las *áreas programáticas* que serían, en el lenguaje del campo de la salud, los límites territoriales que la gestión municipal define para la atención. Al respecto, para los formuladores, no todos los equipos de salud contaban con la misma *responsabilidad poblacional*, esto es, que cada equipo de salud tenga una cantidad de *familias a cargo* ubicada dentro de los límites territoriales formales. En el municipio donde se realizó el trabajo de campo, el territorio se dividía en catorce *áreas programáticas* o zonas sanitarias “oficiales”. En los hechos, la secretaría de salud tenía los mapas con las áreas, pero en los CAPS no se usaban ni se conocían. En segundo lugar, la *heterogeneidad* planteada en el documento correspondía a la *gestión* de cada CAPS y el *trabajo en equipo*. Según los formuladores los dos aspectos estaban vinculados ya que se pretendía que las decisiones respecto a las tareas y forma de trabajo sean definidas *en equipo*. Los *equipos* debían de trabajar de manera *multidisciplinaria* a través de *reuniones* donde se definían tareas. La construcción de protocolos de atención estandarizados acatados por todos y las acciones de promoción y prevención de la salud, eran algunas de las cuestiones que todos los

centros de salud deberían hacer a través de las *reuniones* de equipo. En nuestro municipio la comunicación entre profesionales era para interconsultas frente a un caso o en grupos de WhatsApp para cuestiones organizativas internas. Más allá de algún CAPS aislado, no había *reuniones* donde se encuentren todos los integrantes de los centros. En el proyecto de la política el *trabajo multidisciplinario* fue un objetivo y apuesta que se vio reflejado en la composición del equipo de coordinación de implementación formado por una socióloga, profesora de música, artes visuales, pediatra, epidemióloga y médicos de diferentes especialidades. Volviendo al *anteproyecto*, la *heterogeneidad* entre centros de salud abarcaba también los diferentes profesionales que trabajaban en cada uno. Según el diagnóstico detallado en el documento, cada CAPS contenía diferentes tipos de profesionales, eso incluía a especialidades que para los formuladores correspondían a un segundo o tercer nivel de atención como por ejemplo cardiología. En cuarto lugar, la *heterogeneidad* comprendía a la variabilidad de salarios entre los CAPS de diferentes municipios por disparidad en los sueldos ante la misma tarea. En el municipio donde se realizó el trabajo de campo, la diferencia se presentaba en los tipos de contratación (municipal o provincial), la cantidad de horas de trabajo y el monto del salario. La modalidad de trabajo por pocas horas en diferentes centros de salud y municipios era vista como poco eficiente por los formuladores por la dificultad que implicaría llegar a conocer el territorio de trabajo profundamente y las familias que pertenecían a él.

Retomando el planteo del documento, la *migración* se producía también por la *fragmentación* del sistema: los niveles de atención, es decir los CAPS, los centros de mediana atención y los hospitales, así como las diferentes jurisdicciones, es decir, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como los sectores públicos, privado y de la seguridad social, no estaban articulados. Esta situación implicaba que el ochenta por ciento de las personas que viven en la Provincia de Buenos Aires y que utilizaban los servicios de CABA lo hicieran espontáneamente, sin derivación. Esto era visto como un problema porque dificultaba el seguimiento de los pacientes a lo largo del sistema habilitando que se acerquen espontáneamente a los servicios sin tener en cuenta a qué nivel de atención pertenece la consulta, Atención Primaria u hospitales especializados. El desarrollo de un sistema de

información que articulara niveles de atención, jurisdicciones y sectores, daría respuesta a la *fragmentación*.

Como adelantamos, otro de los grandes problemas identificados por los formuladores refiere al registro manual de asignación de turnos e historia clínica de los pacientes. En esos dos aspectos el proyecto pretendía incorporar tecnología digital e informatizar el sistema. En el año 2018, cuando esta política comenzó a implementarse en los tres centros de salud donde hicimos el trabajo de campo, el registro de los turnos y las historias clínicas era en papel. Había ficheros con las historias de cada paciente que ocupaban gran parte, sino la mayoría, del espacio donde trabajaban las administrativas. Ellas anotaban en cuadernos los horarios de trabajo de los profesionales y asignaban de manera manual los turnos a los pacientes de acuerdo a dichos horarios. El momento de entrega de turnos en ventanilla tenía una modalidad diferente de acuerdo al centro de salud. Algunos CAPS comenzaban a las ocho de la mañana y otorgaban turnos de todas las especialidades, otros separaban el día y la especialidad, por ejemplo, los martes para psicología y los jueves para obstetricia, otros los daban en dos franjas del día diferentes, por la mañana y por la tarde. La modalidad de entrega de turnos era definida por la coordinación del CAPS y las administrativas. En cuanto a las historias clínicas, cada mañana una parte del tiempo de trabajo de las administrativas consistía separar las historias clínicas que se utilizarían durante el día y entregarla a médicas, nutricionistas u obstétricas según el caso.

Según el diagnóstico que hicieron quienes formularon la política, la *heterogeneidad* del servicio entre jurisdicciones se potenciaba por la *fragmentación* del sistema. Además, había una *percepción de mejor calidad de atención* en algunos municipios frente a otros por la existencia de representaciones sociales respecto a que en los municipios más ricos se atendía mejor que en los otros.

Lo que pude observar en los centros de salud es que se atendían personas de otros municipios frecuentemente, aunque no era avalado por la gestión local. Los centros ubicados cerca de las vías del tren atendían a personas de municipios más lejanos, y los que estaban cerca de los límites muchas veces atendían al municipio contiguo, dado que al paciente le era más conveniente acercarse al CAP del municipio vecino que al del

propio. En algunas ocasiones se atendían en servicios de salud que quedaban cerca de los lugares de trabajo, cerca del domicilio de familiares, de las escuelas donde concurrían sus hijos o también, por motivo de mudanzas que, según los trabajadores de los centros, eran reiteradas, o también influía la relación de confianza con un determinado profesional. Esos eran parte de los motivos por los cuales las personas no se atendían en los centros de salud más cercanos a sus domicilios. La no correspondencia entre la vivienda y ubicación del CAPS generaba tensión en el momento de asignación de turnos en la ventanilla de administración. Dicha tensión muchas veces se terminaba resolviendo internamente en acuerdos entre las administrativas y el coordinador del centro pese a que la orden de la secretaria municipal era que se atienda sólo al municipio de pertenencia.

La *migración* y los problemas de *heterogeneidad* y *fragmentación* del sistema, fueron considerados como problemas de gestión. Teniendo en cuenta que la gestión está atada a las jurisdicciones administrativas, la *Red pública de salud AMBA* fue pensada como la *integración* del sistema en función de la integración de la gestión y, por lo tanto, de las jurisdicciones administrativas. Fue una propuesta política de unificar la gestión en salud de dos jurisdicciones trascendiendo las fronteras político-administrativas tradicionales de CABA y Provincia de Buenos Aires.

Como vimos, en el *anteproyecto* se detallaron las desigualdades de los servicios de salud entre municipios y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires justificando de esa manera la necesidad de un cambio en el sistema. El documento mostró las diferencias realizando un diagnóstico de los servicios de salud y el comportamiento de los usuarios respecto a la utilización de los servicios. La conducta se calculó considerando los *ingresos* y *egresos* de los usuarios en cada jurisdicción identificando municipios *atrayentes* y *expulsivos*. Con esos cálculos se mostró el proceder de las personas al detallar los *movimientos geográficos*, su circulación, en el territorio del AMBA.

La propuesta política sustentada en documentos como el *anteproyecto*, plantea la *integración* del sistema de salud de diferentes jurisdicciones como una *oportunidad* de gestión. Eso le otorga validez a la política por presentar una propuesta diferente a las anteriores, es una alternativa a proyectos previos donde la gobernanza de CABA y la

Provincia de Buenos Aires se presentaban de manera separada<sup>16</sup>. Además, el enfoque regional resultó lo suficientemente importante para ponerlo en el nombre de la política. Koberwein y Gaztañaga (2017) analizan la distribución del espacio en términos comparativos y de escala teniendo en cuenta la manera en que los gobiernos definen zonas y regiones, allí explican que los actores políticos realizan definiciones espaciales “ordenando el territorio” en función de sus propósitos. La política estudiada planteó una configuración espacial en la gestión en salud de dos jurisdicciones, CABA y Provincia, integrándolas en ciertos aspectos clave y también en los barrios donde cada centro tenía que intervenir. El ordenamiento territorial de los municipios propuso que los equipos tuvieran *responsabilidad territorial*, *responsabilidad poblacional*, definieran sus *áreas programáticas* y trabajaran en función de ellas. Desde los inicios del proyecto, se jerarquizó el Área Metropolitana de Buenos Aires dándole valor específico argumentando motivos económicos y de gestión. La nueva selección espacial de AMBA como unidad sanitaria integrada daba respuesta a la *migración* de las personas entre jurisdicciones por los problemas de *fragmentación* y *heterogeneidad* del sistema. Equiparar los servicios de salud en cantidad y calidad entre jurisdicciones mejorando su funcionamiento daría como resultado que las personas no tengan que *migrar* lejos de sus domicilios para adquirir el servicio. Sin embargo, según la observación de campo, el motivo de *migración* de los usuarios entre jurisdicciones para ser atendidos no obedece estrictamente a un mejor servicio, sino que hay otros factores que definen sus comportamientos.

Retomando a Shore (2010), la propuesta de integración espacial que se realizó fue una decisión político-técnica posible en función de que las dos jurisdicciones estaban gobernadas por la misma coalición de partidos. Como vemos, las políticas públicas realizan recortes espaciales de acuerdo a los propósitos que los actores sociales tienen en un determinado momento y que quieren cumplir. Al recorte espacial se lo puede pensar

---

<sup>16</sup>Otros actores de la sociedad civil colaboraron con los formuladores para pensar el espacio del AMBA como una unidad sanitaria. La *fundación metropolitana* colaboró en el diseño de la Red Pública de salud AMBA y sus estrategias. En el año 2020 se realizó un ciclo de charlas sobre el tema donde se convocaron funcionarios de diferentes sectores para pensar la gestión de “la comunidad rioplatense, una unidad territorial eco sistémica donde viven el 35% de los argentinos”.



como parte de una estrategia para valorizar la región de manera diferenciada alejándose de proyectos políticos previos.

Hasta el momento hemos visto cómo la Red pública de salud AMBA se encuentran articuladas con procesos políticos más amplios que tenían como objetivo reformar el Estado Nacional en su conjunto, a través de los que se conoce como el plan de modernización estatal. Dicho plan fue ejecutado por el Ministerio de Modernización quien se propuso incorporar tecnología de la información al Estado para aumentar la eficacia y eficiencia en la gestión. La excesiva burocracia de la administración estatal, los *trámites eternos*, el maltrato, generaba que los ciudadanos pierdan tiempo por la burocracia excesiva. El Estado fue visto como un *aguantadero de empleados públicos* los cuales había que *jerarquizar* y modernizar. En el campo de la salud, el plan de modernización tuvo un correlato a escala nacional en la *Red Nacional de Salud Digital* y a escala provincial en la Red Pública de Salud AMBA donde se apuntó a incorporar tecnología de información a la gestión a través de un sistema de turnos digitalizado y la historia clínica electrónica.

La Red Pública de Salud AMBA creó un proyecto que apuntó a modificar la forma de trabajo comenzando por la Atención Primaria, pero con la idea de transformar el sistema de salud en su totalidad. Para ilustrar este punto analizamos el *anteproyecto* de la política realizado en el año 2016 donde se hace un diagnóstico del sistema sanitario del Área Metropolitana de Buenos Aires. Allí se muestra la diferencia de recursos y servicios entre jurisdicciones en un sistema *heterogéneo y fragmentado* donde los usuarios acceden de manera desigual a los servicios de salud y necesita ser *integrado*. Según los formuladores, una de las consecuencias de esta situación es la *migración* de usuarios para ser atendidos entre municipios de la Provincia y principalmente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En la observación de campo pudimos ver la disparidad en la situación edilicia y equipamiento entre centros de salud. La *heterogeneidad* se encontraba además en la forma de trabajo, organización interna, salarios, sistema de turnos, entre otros. En cuanto a la *migración*, pudimos observar que la movilidad de las personas entre municipios obedece no sólo a razones relacionadas con los tipos de servicios de salud, sino que el

comportamiento de las personas obedece a razones como la ubicación de los lugares de trabajo, la relación de confianza con un profesional o las sucesivas mudanzas.

Respecto al enfoque regional de la Red Pública de Salud AMBA, la propuesta política sustentada en documentos como el *anteproyecto*, plantea la integración del sistema de salud de diferentes jurisdicciones como una oportunidad de gestión. Al enfocarse en el Área Metropolitana de Buenos Aires unifica aspectos de la gestión sanitaria de dos jurisdicciones que tradicionalmente se pensaron de manera separada. El enfoque regional fue una decisión político-técnica posible en función de que las dos jurisdicciones estaban gobernadas por la misma coalición de partidos. Así vemos que las políticas públicas realizan recortes espaciales de acuerdo a los propósitos que los actores sociales tienen en un determinado momento y quieren cumplir.

A continuación tomaré *los manuales* de implementación para analizar la metodología que los formuladores presentaron para llegar a las soluciones de los problemas que mostré anteriormente en el *anteproyecto* de la política<sup>17</sup>. Describiremos las categorías que los formuladores usaron para solucionar los problemas planteados: *redes*, *complejidad*, *co-gestión*; los *ejes estratégicos* comprendidos en el plan de acción; la descripción de los modelos de gestión antiguos y el nuevo modelo propuesto; y los valores principales que guían la implementación. En el último apartado del capítulo describiré el diseño de la implementación atendiendo al rol de la burocracia en la tarea que llevaron adelante las implementadoras locales.

### Ejes de acción y metáfora de redes

Los *manuales* son documentos que fueron utilizados para capacitar sobre cómo lograr *propósitos*, *metas* y *objetivos* en la implementación local. Estaban dirigidos a los implementadores locales y los funcionarios en salud municipales; a los destinatarios de la política, los trabajadores de los centros de salud, y a las personas de la comunidad

---

<sup>17</sup>Como se mencionó anteriormente los manuales son: “Manual para equipos de salud y actores de la comunidad” y la “Guía para equipos de facilitadores. El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias...hacia los dispositivos de enlace para una salud conectiva. Un Modelo de gestión y atención con eje comunitario”.

interesadas en involucrarse con el proyecto. En ellos se retomó el diagnóstico de la situación sanitaria del AMBA presentado en los proyectos de la política y después se explicaron las soluciones a los problemas a través de los *ejes estratégicos: recursos humanos, sistemas de información, modelo de gestión y atención e infraestructura*. En el presente apartado describiremos y analizaremos dichos ejes, así como el uso del concepto de *red* desarrollado en los documentos y reuniones de implementación. Esto nos permitirá conocer las acciones que los formuladores quieren impulsar, así como las creencias que las sustentan. Analizar las principales ideas y sentidos asociados a ellas contribuye a explicar cómo el proyecto construyó legitimidad en la agenda pública en los destinatarios, los funcionarios y trabajadores de atención primaria.

Según los manuales el *propósito* general de esta política pública es:

“Desarrollar una red de cuidados integrales y progresivos basada en atención primaria de la salud que planifique con la participación de la comunidad, favorezca el desarrollo profesional continuo y brinde servicios de calidad eficientes en pos de garantizar el derecho a la salud de la comunidad” (Manual para equipos de salud y actores de salud de la comunidad, pág. 22)

La idea de *desarrollar una red de cuidados integrales y progresivos*, remite al modelo de *Redes integradas de Servicios de Salud (RISS)* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que propone la integración de *establecimientos con diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución para interrelacionarlos en una red vial y de corredores sociales conectados funcional y administrativamente en un territorio definido*. De acuerdo a este modelo, la Red pública de salud AMBA retoma la organización del sistema en tres niveles según el grado de alcance territorial y el tipo de atención de salud que brinda cada uno con la idea de que efectivamente se lleve adelante. En la práctica, muchas veces la atención de un nivel se mezcla con otro y, por ejemplo, especialidades como cardiología o dermatología que pertenecen a hospitales, se atienden en los CAPS.

La organización por niveles de atención comienza con el *primer nivel* que se ubicaría cerca de las viviendas de los usuarios, dedicándose a actividades de prevención, promoción, atención de enfermedades crónicas y *articulación interministerial para*

*mejorar los determinantes sociales de la salud.* Esto último implica abrir canales de comunicación y acordar acciones conjuntas entre diferentes ministerios, como por ejemplo desarrollo social y salud, para intervenir en un territorio específico. Formaría parte de él los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS en la Provincia de Buenos Aires), los Centros de Salud Comunitarios (CeSAC en CABA) y los Centros de Medicina Ambulatoria de Referencia (CEMAR) destinados a estudios complementarios de resolución ambulatoria. El *Segundo nivel de atención* incluye los *Hospitales públicos de cabecera* vinculados con el resto de la red en un territorio definido. El *Tercer nivel de atención* comprendería los *Hospitales de Alta Complejidad* cerrados al público, y de acceso único con derivación médica. El modelo propuesto implica que cada nivel del sistema cumpliría una función diferente relacionada con su *grado de resolución de complejidad*. El primer nivel de atención, se afirma, tiene *una alta complejidad social* y una *baja complejidad biomédica*, y a medida que se asciende en los niveles de atención esa relación se invierte: el tercer nivel tendría así una baja complejidad social y una alta complejidad biomédica.

El concepto de complejidad se usa en este caso para hablar de niveles del sistema de salud (primario, secundario, terciario) en relación a las dificultades que tienen que enfrentar los agentes para intervenir en los procesos de salud-enfermedad de los usuarios que se atienden en los servicios. La complejidad se opone a la simpleza, epistemológicamente remite a la forma de abordaje de los procesos biológicos, sociales, históricos, según sea el caso<sup>18</sup>Para incidir en objetos complejos se precisa de un abordaje transdisciplinario, cruzar distintos discursos científicos para analizar la realidad.

En este caso, se puede pensar que los formuladores utilizan la teoría de sistemas aplicándola al sistema de salud usando el concepto de *complejidad* para distinguir epistemológicamente qué abordaje científico es el más apropiado para cada nivel de atención. La atención primaria de la salud necesitaría de una mayor intervención de

---

<sup>18</sup>El epidemiólogo brasileiro Naomar Almeida-Filho (2006) explica que el concepto de complejidad alude a la teoría del caos y sistemas, donde el objeto complejo *es mínimamente un objeto modelo sistémico, o sea, forma parte de un sistema de totalidades parciales y puede ser comprendido él mismo como un sistema* (Op cit.: 125).

disciplinas sociales en comparación con el tercer nivel de atención donde las especializaciones médicas basadas en la biología tendrían más jerarquía.

El concepto de complejidad fue utilizado en capacitaciones a implementadores, en los proyectos de la política y en los discursos de los coordinadores de implementación municipal. En el *anteproyecto* se explicaba que los centros de salud tienen una *complejidad biomédica baja, pero su complejidad social es la más alta del sistema* porque *aborda los problemas de salud en el territorio con la participación habitual de los diferentes actores sociales*. Por su parte, en la reunión de presentación de la propuesta en el municipio también se habló sobre los tipos de complejidad durante las capacitaciones a implementadores. En ella asistieron funcionarios de la secretaría, coordinadores de Centros e implementadoras y el coordinador de implementación municipal dijo:

“Cuando hablamos de complejidad biomédica creciente hablamos de la estructura de los niveles. Esa complejidad biomédica no se corresponde con la complejidad social, económica, cultural y de salud del primer nivel de atención (...) Nuestra idea es la estandarización de la estructura de los niveles de complejidad”

El interés por *estandarizar* cada nivel de atención según su *complejidad* consideraba al sistema de salud en su totalidad. Estas divisiones respecto a los niveles de complejidad estaban en función de ordenar el sistema que se percibía como desordenado y por lo tanto ineficiente. Por ejemplo: afirmaba que los hospitales estaban sobrecargados por la ineficiencia del primer nivel, que no atendía la cantidad de pacientes que debía. Es decir, según los formuladores de la política, un amplio porcentaje de los pacientes de los hospitales debían ser atendidos en el nivel primario, con lo cual los hospitales podrían dejar de estar saturados. Según sus cálculos y teniendo en cuenta las estadísticas de la totalidad de consultas en hospitales, se afirmaba que el nivel primario podría y debería hacerse cargo del 95%. Ahora bien, para llegar a esta situación, como venimos diciendo, hubo que buscar una mayor eficiencia en el nivel primario, así como en la articulación de los tres niveles. La solución fue diseñar una *Red Integrada de Cuidados Progresivos de la Red AMBA* con la idea de descomprimir la atención de los hospitales que se usarían sólo para urgencias e internaciones.

En función de ello, cada centro de salud debía organizarse en *áreas de cuidado* con equipos que tuvieran un número de *familias a cargo*. También se propuso la creación de una *red ambulatoria de laboratorio e imágenes*, *estandarizar* la atención mediante protocolos y *homogenizar* la gestión para que el cuidado sea similar en todos los centros de salud. Tomando el *propósito* citado anteriormente, *homogenizar* la gestión implicaba también integrar a la comunidad fomentando la *participación* y capacitación a los equipos de salud.

En base a los problemas que venimos describiendo hasta ahora: heterogeneidad, fragmentación, migración entre jurisdicciones, desorden de los niveles de atención del sistema en las especialidades médicas, ineficiencia del primer nivel de atención generando que se concentre la atención en el segundo y tercer nivel; la propuesta general de la política se tradujo en cuatro *ejes estratégicos*:

En el *Eje recursos humanos*: la intención fue a) homologar las especialidades que integraban los centros de atención primaria formando tres tipos de equipos, *nuclear*, *matricial* y *completo*. El primero debía estar formado por *medicx generalista*, *médicx pediatra*, *enfermerx* y *promotorx de salud*; el *equipo matricial* por *ginecologx*, *obstétricx*, *odontologx*, *trabajador social*, *psicologx* *nutricionista*, *psicopedagogx*, *farmaceuticx*, *auxiliar de farmacia*, *fonoaudiologx*; y *el equipo completo* debía incluir organizaciones sociales, habitantes de la comunidad, otros organismos del Estado e iglesias; b) cumplir con un modelo de treinta horas semanales de trabajo distribuidas en dieciséis de actividades asistenciales, ocho de actividades de prevención y promoción, y seis de capacitación; c) *estandarizar y mejorar las condiciones laborales y salariales* de los trabajadores actuales; d) que los agentes de salud puedan trabajar cerca del lugar donde viven; e) incorporar los profesionales necesarios para que se cumpla la relación de setecientas familias por equipo de salud en el *área de responsabilidad* definida.

En el manual donde se explicó este eje de recursos humanos, se presentaron dos modelos de gestión diferentes: la *gestión tradicional*, aquella que se quería cambiar, vs la *gestión para el aprendizaje y la transformación de los sistemas de salud*, aquella gestión que quiso establecerse como nueva. Las diferencias entre ambos modelos se establecieron en base a

tres criterios: político, educativo y condiciones de trabajo. En cuanto al primer criterio, según los formuladores, la *gestión tradicional* en los centros de salud era *débil en la capacidad de identificación de recursos humanos y de planificación*, a diferencia de la *gestión para el aprendizaje* que se *enfocaba a la calidad del servicio y en la acción conjunta entre educación salud y trabajo*. Respecto del criterio educativo, el primer modelo de gestión se definía *por el mercado, en el hospital y no integraba las necesidades en salud de las comunidades*. Por su parte, la *gestión para el aprendizaje* se definía *a partir de políticas públicas, planteaba una planificación sanitaria sistemática y se desarrollaba en toda la red, no solo en el hospital*. En cuanto al criterio relativo a las condiciones de trabajo, en el modelo de gestión tradicional había *salarios poco competitivos, heterogeneidad en los regímenes laborales, ausencia de incentivos, poca atención al clima laboral, gestión del personal autoritaria y vertical, escaso diálogo entre trabajadores, conflictividad laboral y maltrato, tono emocional de intolerancia, resignación y falta de confianza*. Por su parte, la *gestión para el aprendizaje* propone *salarios que incentivarán el trabajo en el primer nivel de atención*, establecía una *“carrera de funcionarios” basada en el mérito, el aprendizaje y la calidad*. Además, *enfaticaba que había que prestarle atención al clima organizacional*, un ambiente de trabajo donde los miembros del grupo se sientan cómodos, donde surjan *contextos para el aprendizaje; y en un diálogo permanente entre trabajadores y usuarios con un sistema de solución de controversias y conflictos* que estuviera atravesado por un *tono emocional de confianza*.

En estos dos modelos de gestión presentados como opuestos, la Red Pública de Salud AMBA se identifica con el segundo tipo de gestión proponiendo una forma organizativa *“nueva”* más eficiente alejada de la tradicional que se podía encontrar en los centros de salud. El *modelo de gestión para el aprendizaje y transformación de los sistemas de salud* proponía una organización del *recurso humano* que incluyera horarios de capacitación dentro de las treinta horas de trabajo, también reuniones de equipo semanales, y herramientas metodológicas para *resolver problemas*. Todo ello, además, en el marco de una planificación de las acciones de manera conjunta y en un *diálogo e intercambio permanente entre los equipos*. En el manual se aclaró que la implementación de la

estrategia se adaptaba a cada municipio *según los aspectos sanitarios, culturales, operativos y políticos* de cada uno. Para llevar adelante este eje, los implementadores debían brindar una *capacitación continua* a los trabajadores del primer nivel de atención respecto a *sistemas de salud integrados*, recursos para la *nivelación salarial y nuevas contrataciones* por veinticuatro meses. Dichas contrataciones formaban los *equipos nucleares y completos* estandarizados donde la cantidad de profesionales se calculaba en base a la cantidad de población sin obra social ni prepaga de cada *área programática*. Las contrataciones quedarían a cargo de los funcionarios municipales en salud, se realizarían en forma paulatina a medida que el Ministerio de Salud de la Provincia entregaba las partidas presupuestarias a los municipios para la incorporación del personal.

El segundo eje era relativo al sistema de información. Se propuso pasar de la historia clínica en papel a la digital, para lo cual era necesaria la provisión de computadoras para cada consultorio, ofrecer un acceso a internet de calidad y velocidad, y mejorar la comunicación y la *referencia* (derivación de pacientes) entre los diferentes niveles del sistema (CAPS, CEMAR y hospitales). Además, la propuesta consideraba la creación de un sistema de turnos informatizado, para así agilizar la entrega y el ordenamiento de las consultas según cada profesional. La *meta* fue *garantizar la continuidad del cuidado, dando acceso a la información de las personas que se asisten en la Red*. Ello incluía la incorporación de la historia clínica electrónica *interoperable*, para que pueda ser usada por los diferentes niveles del sistema. En virtud de la legislación sobre los derechos del paciente, la *historia clínica electrónica* debía cumplir con las características de *confidencialidad, seguridad y consentimiento* de la persona atendida. Los manuales explicaron que estaban *avanzando en el desarrollo de un documento digital* (la historia clínica electrónica) *que favoreciera la consulta integral*, y donde se pudieran dejar constancia de todas las asistencias en salud que tuviera la persona, incluyendo *exámenes complementarios*, y el *contexto familiar, social y de integración con la comunidad*. Frente a la *fragmentación* del sistema antes mencionada, el eje del sistema de información contribuiría a la *integración*, ya que la incorporación de la historia clínica electrónica permitiría que los profesionales de los centros de salud ubicados en diferentes



jurisdicciones accedan a una historia clínica *estandarizada* facilitando también las derivaciones correspondientes.

Para que estas propuestas se llevaran adelante, el equipo de implementación local de cada municipio compuesto por un coordinador, ayudantes de implementación e implementadores, muchos de ellos profesionales de ciencias sociales y humanas; tenía que cumplir con las siguientes tareas: gestionar la apertura de *la historia clínica* de los pacientes de su *área de responsabilidad*, solicitando DNI y domicilio para ingresarlos al sistema; digitalizar la *gestión de turnos* contemplando días y horarios de trabajo por profesional; capacitar a los profesionales en el uso de la historia clínica electrónica; incluir en la capacitaciones de la historia clínica electrónica los proyectos comunitarios, de análisis en salud de la población y de promoción y prevención realizados en la implementación del *modelo de gestión y atención* en las *reuniones de equipos* semanales. Para cumplimentar todo esto, los formuladores previeron un tiempo seis meses de trabajo por centro de salud. En ese tiempo se debía *capacitar en el cambio cultural y organizacional* necesario para incorporar el sistema informático digitalizado que requería además de una *mesa de ayuda* que brindara asistencia técnica durante el proceso.

*El tercer eje puso al Modelo de Gestión y Atención: la meta* fue la de *dar sostenibilidad a la estrategia de Atención Primaria de la Salud*, garantizando el *derecho de aceptabilidad y calidad de atención*. Eso implicaba *homogenizar* la gestión de los centros de salud bajo la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* que se debía llevar adelante en las *reuniones de equipo*; *adscribir* el territorio del municipio a los equipos de salud que se iban a conformar *nominalizando* a las familias que se ubicaban en él, esto es, vincular a cada centro de salud con los habitantes que les correspondían por la ubicación de su vivienda dentro del *área programática*. A setecientas familias se les asignaba un *equipo nuclear* formado, como ya explicamos, por unx médica pediatra, enfermera, promotora de salud y médicx generalista; ese equipo debía *nominalizar* a las familias *a su cargo*, conocerlas y tener un registro de ellas para el seguimiento de su salud. Esto se relacionaba con el concepto de *responsabilidad territorial y responsabilidad poblacional* donde cada equipo *nuclear y matricial* debía hacerse *responsable* de las

setecientas familias que le eran asignadas según el territorio en el que vivan dentro del *área programática* de cada CAPS. Entonces, el *modelo de gestión y atención* tenía como objetivos a) *gestionar por problemas* incluyendo los *determinantes sociales y ambientales de la salud* de la población local, teniendo en cuenta los estilos y hábitos de vida, el acceso al sistema sanitario y la biología humana. Otro objetivo, fue el de b) articular intersectorialmente con agencias estatales pertenecientes a otros ministerios; otro objetivo importante para este eje fue el de c) fomentar la *participación vecinal* realizando *actividades comunitarias* fuera del centro de salud; finalmente, se propuso d) construir protocolos para estandarizar la atención en los centros de salud, esto es, que se debatan y se consensuen criterios unificados sobre la atención. Respecto a la manera de implementar estos puntos, el manual planteaba que tenía que ser gradual ya que había que considerar la articulación entre diferentes dependencias del Estado. Este eje apuntaba también a construir equipos *multidisciplinarios* integrando diferentes saberes y gestionando de manera “colectiva” los problemas en salud presentes en la población. La metodología que propone este eje se explicará en el último apartado de este capítulo.

Todas estas acciones cubrían lo que, a juicio de quienes formularon esta política, estaba ausente en el modelo tradicional de gestión de la salud. Mencionando estudios técnicos realizados en el año 2017, se argumentaba que el setenta y dos por ciento de los centros de salud de los municipios del gran Buenos Aires no realizaba *actividades extramurales* semanales, tales como actividades de atención, promoción y prevención por fuera del centro de salud en lugares como clubes barriales, centros de jubilados, iglesias, escuelas, etc. Se remarcaba también la ausencia de *estandarización* en los procedimientos, lineamientos y/o criterios de derivación de los pacientes hacia otros niveles del sistema de salud. Además, se afirmaba, una gran parte de los centros seguía atendiendo por *demandas espontáneas*, sin turnos planificados. Los datos también planteaban que los procesos *asistenciales no seguían guías o protocolos estandarizados* en siete de cada diez centros ni tampoco se incluía a la *comunidad* en la planificación de las acciones sanitarias. Se propuso la incorporación de un *equipo de facilitadoras que acompañe la metodología de gestión participativa* y la *capacitación continua en herramientas de gestión participativa*

en los principios de la Atención Primaria de la Salud, todo lo cual implicaba la provisión de recursos para que las propuestas sean factibles.

El cuarto eje se llamó *infraestructura* y se propuso mejorar las condiciones edilicias de los centros de salud, así como su equipamiento (tomógrafos, computadoras, camillas etc.). La meta era *garantizar la accesibilidad física al sistema de salud* favoreciendo, *desde lo edilicio, la participación social e integralidad en salud*. La variabilidad de la situación edilicia de los centros en los diferentes municipios era determinante, por ejemplo, de la cantidad de profesionales que pudieran trabajar, y ello en función la cantidad de consultorios disponibles, por ejemplo. Así, la cantidad de profesionales estaba supeditada a la situación edilicia. Además, según quienes habían formulado esta nueva política, no todos los centros de salud tenían la cantidad de escritorios, camillas, sillas de ruedas, heladeras de vacunación, que se necesitaban para su correcto funcionamiento. Entonces, el objetivo del eje infraestructura fue el de construir la cantidad de espacios necesarios para *asistir a la población priorizada* de cada centro, considerando los dos modelos arquitectónicos básicos explicados anteriormente. Recordemos que la cantidad de consultorios de cada modelo arquitectónico se calculaba de acuerdo a la cantidad de *equipos nucleares* y en función de la incorporación de un espacio de usos múltiples para las reuniones de equipo y las actividades de promoción y prevención de la salud.

Para llevar adelante todo esto, los coordinadores de implementación junto a los ayudantes debían conformar un *equipo de relevamiento de infraestructura* con personas pertenecientes a la Secretaría de Salud local (arquitectos, personal de mantenimiento de edificios, funcionarios) para *construir los planos y proyectos con mirada sanitaria, y armar un plan de contingencia durante las obras y seguimiento de obras*. Se debía asegurar que las personas se siguieran atendiendo en otros espacios como clubes o centros culturales, o en su defecto coordinar la reubicación temporaria del espacio de atención. Respecto a los tiempos para desarrollar todo esto, se proyectaron aproximadamente dos años desde el relevamiento del terreno y construcción de los proyectos de obra, hasta la finalización total de la misma.

En resumen, a los problemas de *migración* jurisdiccional relacionados con la *fragmentación* del sistema, se buscaron soluciones de *integración* y *coordinación* de los diferentes niveles y jurisdicciones a partir de la incorporación de *tecnologías de la información*: la historia clínica electrónica y el sistema de turnos digitalizado. Para las diferentes *heterogeneidades* se buscó *homogeneizar y descentralizar* la gestión de los centros de salud *estandarizando* salarios, funciones, edificación, formas de atención mediante protocolos y horas *el territorio y la comunidad* de trabajo que incluyan capacitación y actividades de promoción y prevención con *la comunidad*. La *homogenización* incluyó también un *sistema de formación permanente* sobre *sistemas de salud integrados, atención primaria de la salud y gestión participativa* tendiente a que se equiparen los saberes de los trabajadores del primer nivel de atención respecto a estos temas. A su vez, incluyó a los edificios que ocupaban los CAPS con modelos arquitectónicos estandarizados y el equipamiento necesario para la cantidad de equipos que le correspondía a cada uno. Toda la propuesta se enmarca en la utilización de lineamientos internacionales de la OPS y ODS para aplicarlos en la *integración* del sistema del Área Metropolitana de Buenos Aires lo cual implicó una propuesta de regionalización espacial político/administrativa con *ejes estratégicos*. Como vemos, la magnitud del cambio que se proponía implicaba casi todos los aspectos de la vida cotidiana de los CAPS, los espacios, los tiempos, la comunicación, los salarios y las formas de trabajo, generando nuevos comportamientos en los agentes de salud. La novedad radicaba en establecer otros puentes, diálogos y vínculos entre disciplinas, modificar la relación entre los equipos con *el territorio y la comunidad* e incorporar formas de *gestión* institucional diferentes a las realizadas hasta el momento. El cambio en el comportamiento de los trabajadores de Atención Primaria, así como las transformaciones institucionales de los CAPS iban a repercutir en los otros niveles del sistema ordenándolos según su *complejidad*.

Respecto a la formulación de políticas públicas en salud, según las Guías había que *evitar que la relación sujeto-políticas públicas sea 'mecánica', con pocas mediaciones, automática y programada*; que las políticas *bajaran* a los centros de salud ya armadas y

los trabajadores de la salud como sujetos *pasivos* las tengan que implementar sin incidir en su forma y contenido.

“Es necesario superar las prácticas verticales que implican aceptación “impuesta” de una acción y a partir de una mirada más horizontal, fortalecer prácticas que ayuden a construir consenso y tengan en cuenta las discusiones y aprobación de los beneficiarios legítimos de los derechos de toda política” (Guía de salud conectiva, 2019: 5)

En los inicios del programa en el año 2018 se realizaron jornadas de capacitación internas para implementadores del *Modelo de Gestión y Atención y Sistemas de Información*. Allí el coordinador general Fernán Quiroz definió: *no somos una fundación, no somos un programa, no tratamos temas específicos*. Los dichos hacían referencia que La Red Pública de Salud AMBA, a diferencia de otras políticas del ministerio, no se diseñó pensando en una población determinada con alguna condición en salud, por ejemplo, *plan de control y prevención del dengue o programa de lactancia materna o un plan para la atención y cuidados de la salud mental*. Sino que es una política que tiene como destinatarios a los agentes de atención primaria de la salud abarcando diferentes aspectos del trabajo en los centros de salud con un interés final en mejorar el funcionamiento del sistema de salud del Área Metropolitana. El coordinador general entonces planteaba que en la Red pública de salud AMBA eran los agentes de salud los que decidían qué acciones llevar adelante según los análisis en salud poblacionales realizados por los equipos localmente con las herramientas metodológicas de gestión brindaban los manuales. Entonces, retomando la cita anterior, los agentes de salud no serían sujetos *pasivos* frente a las políticas *verticales*, sino que podían *gestionar sus procesos de trabajo* planificando en equipo qué acciones llevar adelante. En ese proceso de gestión local, los equipos tenían que lograr construir indicadores propios que muestren los cambios logrados desde sus propias acciones y decisiones.

En varias oportunidades los coordinadores y técnicos de implementación afirmaban que muchas veces en los municipios había falta de comunicación y espacios de encuentro entre los funcionarios de la Secretaría de Salud, las diferentes áreas dentro de la Secretaría (coordinación de salud mental, epidemiología, etc.) y los centros de salud. Es decir, la

forma verticalista que tenían los ministerios de implementar las políticas se replicaba en la gestión municipal. Para solucionar esta desarticulación se proponía *fomentar espacios de encuentro* entre la *mesogestión* (la de la secretaría de salud) y la *microgestión* (la de los centros de atención primaria) generando instancias de *co-gestión*. Eso implicaba que los funcionarios de la secretaría de salud municipal tengan en cuenta la mirada de los equipos de salud a la hora de tomar decisiones. Según uno de los manuales la *co-gestión es la principal característica de la política*:

“En todos los niveles de gestión se propone interactuar creando espacios y contextos para la co-gestión, esto es espacios donde problematizar en conversaciones que inviten a la subjetivación para que surjan estrategias y acciones”

El concepto de *co-gestión* también se aplicaba al mismo proceso de implementación. La idea era que para llevar adelante los cuatro *ejes estratégicos* (*infraestructura, modelos de gestión y atención, sistema de información y recursos humanos*) se debían generar acuerdos entre el coordinador de AMBA municipal y la secretaría de salud del municipio teniendo en cuenta los lineamientos de las políticas municipales. A la gestión coordinada los formuladores la llamaron *implementación mixta*, la puesta en marcha a nivel local depende de reuniones y acuerdos permanentes entre el programa y el municipio. En esa línea el coordinador dijo que *la diferencia con otros programas del ministerio es que las líneas de trabajo las vamos construyendo entre todos, es de planificación conjunta, eso hace que sea más compleja la implementación*.

Para los formuladores, *superar las prácticas verticales* implicaba generar espacios de conversación donde se *problematice*, surjan estrategias conjuntas y posteriormente acciones. Durante la implementación cada tres meses se organizaban *reuniones transversales* en las que participaba el coordinador general, *el equipo transversal* y las implementadoras de todos los municipios. Dicho equipo estaba compuesto por médicos, epidemiólogos, sociólogos y profesores de arte. Su función era *transversal* porque se encargaban de planificar, guiar las capacitaciones y las reuniones con los funcionarios de los diferentes municipios. La existencia de este *equipo transversal* es acorde al objetivo de romper con la *verticalidad* que cuestionaban los formuladores. En las *reuniones*

*transversales* se charlaba sobre las dificultades en la implementación (como retraso en las obras o en alguno de los otros tres ejes) u otras cuestiones de preocupación general como los salarios. Debido a que la definición de salarios de los implementadores la negociaba Fernán Quiroz con los funcionarios del ministerio de salud sin intervención de los sindicatos, los reclamos sobre renovación de contratos o subas de sueldo se hacían en ese momento. La posibilidad de afiliación a los sindicatos comenzó a partir de la segunda mitad del año 2019 cuando, después de muchos reclamos de los implementadores al coordinador general, se aceptó que se empiecen a hacer reuniones con este fin. Además de las *reuniones transversales*, también se hicieron otros encuentros con la presencia del coordinador general y el *equipo transversal* donde se invitaron a los trabajadores de los centros a participar invitándolos a discutir sobre la manera que se estaba llevando adelante la implementación.

Tomando la oposición verticalismo-horizontalismo explicitada en los manuales con énfasis en el segundo se puede “asociar tanto a una filosofía organizacional como a un medio de auto identificación” (Lazar, 2019: 159). La política cuando se definía discursivamente a sí misma lo hacía oponiéndose al verticalismo, tratando de *construir consensos* en los diferentes espacios y niveles de gestión. La *Guía de salud conectiva* dice que la característica más importante de la política es *generar espacios y contextos para la co-gestión*, eso se ve materializado en las reuniones en los centros de salud, en las reuniones con la secretaría de salud y las *reuniones transversales*. Graeber (2018) propone pensar el “valor” como relativo a la “importancia” que los actores le otorgan a la acción. El valor se convierte en el modo en que las personas se representan a sí mismas la importancia de sus acciones (2018: 100). En los discursos de los coordinadores y técnicos de la política, crear espacios para la *co-gestión* con énfasis en el *horizontalismo* era un valor, su importancia se ilustraba en la narrativa de los manuales, donde se planteaba la necesidad de *superar las prácticas verticales que implican aceptación “impuesta” de una acción y a partir de una mirada más horizontal*, y se materializaba en la práctica a través de las diferentes reuniones de gestión incluyendo las *reuniones transversales*. La *co-gestión* incluía tanto las reuniones de *micro-gestión* en los centros de salud, como a la *meso-gestión* en la secretaría de salud, como la *macro gestión* entre funcionarios del

ministerio y los coordinadores del programa. La idea era que los tres niveles de gestión puedan dialogar en reuniones y, volviendo a la cita antes expuesta, se *problematicen en conversaciones que inviten a la subjetivación para que surjan estrategias y acciones*. *Invitar a la subjetivación* haría referencia a crear espacios para reflexionar de manera conjunta sobre problemas en diferentes instancias de gestión.

Volviendo a los “problemas” del sistema de salud, al diagnóstico de *heterogeneidad y fragmentación* del sistema se respondía con políticas de *integración* que incluía una manera de gestionar “diferente” a la realizada hasta entonces. Al diseño de políticas del ministerio orientadas a temas o áreas específicas planificadas centralmente se le oponía la propuesta de gestión localmente con planificación y construcción de indicadores propios. La manera de gestionar “diferente” se llamó *co-gestión*, eran reuniones que pretendían construir una mirada *horizontal* invitando a la *problematización y subjetivación*. Eso se vinculaba con una mirada sobre la construcción de políticas públicas donde los trabajadores de los centros de atención primaria de la salud y los usuarios intervengan en la misma y no sean *bajadas desde arriba*. La *co-gestión y mirada horizontal* como valor (Graeber, 2018) se materializaba en las *reuniones transversales* donde participaban el coordinador general de la política, el *equipo transversal* y los implementadores; y en otro tipo de reuniones donde asistían los funcionarios de la secretaría de salud municipales, las coordinaciones de las diferentes áreas y trabajadores de los centros de atención primaria.

Como mencionamos, el *propósito central* de la política fue el de desarrollar una *red de cuidados integrarles y progresivos* basado en la atención primaria de la salud que favoreciera el *desarrollo profesional continuo y la participación de la comunidad*. Una de las cuestiones que considero necesario tratar es el uso que esta política hace del concepto de *red*, dado que es prácticamente omnipresente, pues atraviesa todas las dimensiones: la de gestión, la informática, la laboral, la relativa a la capacitación y a la infraestructura. La noción de red es construida en oposición a la fragmentación, dispersión e ineficiencia del viejo sistema de salud diagnosticado por los formuladores. El concepto



de red es usado por casi todos los actores que intervinieron en el diseño de la política<sup>19</sup>. En la OPS con la propuesta de crear una *Red Integrada de Servicios de Salud*<sup>20</sup>; en el ejecutivo nacional con la creación de la *Red Nacional de Salud Digital*; en los manuales contruidos por los formuladores donde se plantea el propósito general de la política, en el *eje estratégico de sistemas de información* que apunta a modificar la información que circula en los centros de salud a través de redes digitales con la incorporación de la historia clínica electrónica; en la *Guía de Salud Conectiva* que de manera metafórica habla de vínculos, emociones y conexiones; y en la voz del coordinador de implementación local que habla de redes comunitarias. A continuación, desarrollaremos estos últimos puntos donde se analiza la manera compleja en que se manifiesta el concepto de red en esta política, dado que nos permitirá seguir explorando las profundas transformaciones imaginadas e implementadas por quienes llevaron adelante esta política.

Uno de los tantos documentos utilizados para la puesta en marcha de la política llevaba el título siguiente: “*Guía para equipos de facilitadores. El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias...hacia los dispositivos de enlace para una salud conectiva. Un Modelo de gestión y atención con eje comunitario*”. La *Guía* es una ruta de acción para la implementación local que se propuso brindar herramientas para *fortalecer los lazos entre el sistema de salud en cada municipio y su comunidad*. Allí se explicaba lo siguiente:

“Los científicos de la complejidad y los investigadores y facilitadores sociales que piensan en términos de la metáfora de las redes nos convidan a internarnos en los laberintos multidimensionales del conocimiento, la acción y la emoción de un sujeto complejo, compartiendo un imaginario con nuestros semejantes y un mundo diverso con todas las criaturas, donde nuestro propio crecimiento y evolución están ligados a los de los demás

---

<sup>19</sup>Por un lado, implica pensar forma un campo de saber especializado de la gestión en salud. Este conocimiento experto se encuentra en el perfil profesional del coordinador general Fernán Quiroz y el Hospital Italiano de Buenos Aires organizador de congresos y jornadas sobre redes de información y digitalización de servicios de salud.

<sup>20</sup>Como se explicó anteriormente, dicho propósito retoma los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que propone integrar establecimientos del sistema de salud *con diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución para interrelacionarlos por una red vial y de corredores sociales conectados funcional y administrativamente en un territorio definido*. Esa red de servicios incluye el primer nivel, segundo y tercer nivel de atención.

en una red multiforme de interacciones dinámicas” (Guía El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias... hacia los “Dispositivos de enlace” para una “Salud conectiva” Un modelo de Gestión y Atención con eje comentario, pág. 11)

A diferencia de otras veces donde se usó el término “complejidad” para caracterizar los niveles del sistema de salud, aquí aparece en relación a la ciencia, la investigación y la *metáfora de redes* que remite a un *sujeto complejo* que posee *conocimientos, emoción e interacciona* de manera dinámica con el medio, construyendo lazos y vínculos con otros. Al respecto, la Guía planteaba que en la actualidad se estaría sufriendo una *crisis de los vínculos sociales que afecta también a las instituciones del estado*. Frente a este problema, se propone *crear salud conectándonos*.

Para crear salud las Guías explican que hay dos modelos opuestos de intervención, uno *salutogénico* donde el foco de la atención está puesto en *construir salud* con diferentes acciones, entre ellas la promoción y prevención, y otro *patogénico* que *es el modelo de gestión actual que se quiere cambiar y desde donde se planifica desde el tratamiento de la enfermedad*. Para *construir salud*, sin embargo, desde el diseño de la Red Pública de Salud AMBA se proclama que *hay que conectar saberes, sentires y haceres* para que emerja así una *matriz resolutive estratégica e intersectorial de acciones comunicadas y articuladas en red*. Entonces, el concepto de red remite a la idea de *salud conectiva* que, de manera *sistémica, no es individual ni tampoco colectiva, es justamente un proceso conectivo*. Este proceso *no niega u oculta el conflicto, sino que reconoce que la diferencia es la única vía hacia la evolución*.

Los manuales y guías son documentos técnicos que se utilizan pedagógicamente como guía para la acción durante la implementación. Permiten que las personas que llevan adelante los lineamientos de la política contrasten lo que pasa durante la implementación y lo que “hay que hacer”. Para pensar la *metáfora de redes* que plantea la Guía tomaremos a Mauss (1991) quien define los “hechos sociales totales” como problemas jurídicos, económicos, políticos, morales, incluso estéticos y emocionales. Son problemas de carácter pluridimensional que en algunos casos ponen en juego a la sociedad toda y sus instituciones. La *salud conectiva* es una propuesta para pensar y construir lazos sociales

en salud que toma la *metáfora de redes* para pensar de manera abstracta las interacciones sociales. Como es sistémica, abarca todo el sistema de salud el cual contiene, como plantea Mauss aspectos legales, económicos, morales y emocionales en su funcionamiento. Por eso la *metáfora de redes* se puede usar tanto para pensar la construcción de lazos y conexiones entre diferentes niveles del sistema de salud, como para construir lazos sociales entre el centro de salud y *la comunidad*.

Como vimos, la composición de los equipos (*nuclear, matricial y completo*) propuesta por los que diseñaron esta política abarcaba diferentes profesiones y saberes además de incluir a *la comunidad*. La idea era que las promotoras de salud, las médicas, las enfermeras, las trabajadoras sociales, entre otras, armaran proyectos de manera conjunta con las herramientas que brindaban los manuales y los llevaran adelante. En función de ello, el documento propone superar la *fragmentación del saber en disciplinas lógicas vs artísticas e imaginativas* y generar puentes usando la *multidisciplina*. Según las Guías, *en el universo en Red, la certeza es menos importante que la creatividad y la predicción menos que la comprensión*.

El punto que quisiera remarcar es que la palabra “red” aquí es algo más que un concepto o una metáfora. En este contexto podría ser tratada, como diría Durkheim (1992) como una categoría del entendimiento, que luego Bourdieu (2007) llamaría como categorías de percepción del mundo. Funcionó como una suerte de matriz para ordenar tanto el conocimiento de los problemas (no se trabaja en una red integrada, por ejemplo) como la acción para revertirlos: construir redes, trabajar conectados. Es de vital importancia tener en cuenta los usos de esta categoría en estos contextos, para poder dar cuenta la manera en que los cambios propuestos fueron llevados a la práctica, no sin conflicto y tensiones. Para comenzar, tomaremos una situación de campo que se desarrolló en el mes de junio del año 2018 durante las reuniones de capacitación a implementadoras en la CABA en un predio dependiente del Gobierno de la Ciudad.

Al inicio de la capacitación, el equipo que formaba parte de la coordinación central de la política compuesto por músicas, artistas visuales, sociólogas y médicas colocó sobre una mesa retazos de tela de diferentes formas y colores. La consigna fue que cada

implementador debía armar con las telas una figura humana y luego ubicarla en el piso, una al lado de la otra, formando un espiral. La tapa de *La Guía de salud Conectiva* era una foto de la dinámica que se realizó ese día.



Foto de tapa de la Guía llamada “*El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias... hacia los “Dispositivos de enlace” para una “Salud conectiva”*”

La figura que quedaba dibujada en el suelo era una metáfora de la unión y conexión necesaria para el *trabajo en equipo* entre los integrantes de los centros de salud y también con la *comunidad*. A su vez el espiral utilizado en los manuales representaba la metodología de *Investigación Acción Participativa (IAP)* que fue la base de la *Gestión Participativa Basada en Problemas* que los implementadores tenían que enseñar a usar en los CAPS. Los formuladores en los manuales validaban la utilización de la IAP argumentado que la *epidemiología crítica latinoamericana* lo utilizaba como *proceso de emancipación de los pueblos* si se construía con *participación social*. La dinámica lúdica de la jornada de capacitación tenía como objetivo que los implementadores incorporen, aprendan y tengan en claro que el aprendizaje de la IAP era cíclico y en espiral para luego transmitir ese conocimiento a los equipos de salud. Pero no solo eso, en esa escena se transmitió una forma de ver el mundo, la idea de conexiones, de integración, de unión entre personas era la base para que el trabajo colectivo se produjera.

Las *dinámicas lúdicas*, muchas de ellas basadas en la educación popular, se usaron frecuentemente en las capacitaciones a implementadores de la política ya que eran

utilizadas como herramientas pedagógicas, eran guías prácticas a través de las cuales se transmitían ideas, formas de ver y transformar la realidad. Dado que trabajar *en red* y en forma conectiva implicaba trascender los conocimientos encerrados en disciplinas discretas, el objetivo fue el trabajo multidisciplinario. Este trabajo multidisciplinario se reflejaba, como es lógico, en la pretendida composición del equipo de coordinación; así como en las actividades de capacitación a implementadores, promotores y equipos de salud. Pero la multidisciplina, si bien era una condición necesaria, parece que no era suficiente, pues también se incluía música, canto y juegos en su desarrollo. La integración del arte en el trabajo de los centros se intentó promover con el financiamiento para *actividades comunitarias* que incluía, entre otras cosas, la compra de instrumentos para usar en actividades de promoción y prevención de la salud. Sin embargo, en los CAPS donde realizamos el trabajo de campo y se hicieron los *proyectos comunitarios*, no fue frecuente la inclusión de actividades artísticas.

Graeber (2018) en “Hacia una teoría antropológica del valor” dice que el valor “puede verse como el modo en que las acciones adquieren significado para el actor al incorporarlas en alguna totalidad social más amplia; aun cuando en muchos casos la totalidad en cuestión exista, en primer lugar, en la imaginación del actor” (Op cit.: 35). Para el autor el poder de la creatividad social y las capacidades creativas humanas se apoyan en la imaginación porque la sociedad es la arena de la realización de valor. Entonces, en nuestro caso, puede decirse que se valora el trabajo *multidisciplinario* como importante ante la evidencia de la intención de construir equipos compuestos por profesionales de la salud, de las ciencias sociales y el arte. Pero por sobre todo, la multidisciplinariedad implica acciones que apuntan a la creación de uno de los valores tenidos como más abarcativos: la red y la conectividad. De allí, como decíamos, que lo multidisciplinar sea tenido como necesario, pero no suficiente. Una real conectividad, como decíamos antes, implica mucho más que conexiones. Implica dimensiones como el arte, el juego, la música. Todo ello, en función de la construcción de lazos para crear vínculos que conecten personas. El concepto de red de conexiones forma parte de la totalidad que los formuladores imaginaron para la Red Pública de Salud AMBA. Todo lo que apunte a la creación de conectividad es valorado positivamente, es importante. A lo

largo de la tesis veremos que valores como el arte, la *multidisciplina*, la *integración del sistema*, el vínculo con la *comunidad*, entre otros, se ponen en práctica durante la implementación y en diferentes eventos sociales.

Respecto al concepto de red como guía para la acción, en la práctica de implementación fue usado por muchas personas en diferentes instancias. Por ejemplo, el coordinador general municipal de la política lo usó para hablar de redes comunitarias en una reunión de presentación a los coordinadores de los centros de salud. Allí explicó que, para entablar relaciones comunitarias, había que tener en cuenta *las redes de cuidado que de por sí ya tiene la comunidad*. Cuando una persona se enferma, decía, asiste primero a la red familiar, después a personas cercanas y en tercer lugar al sistema sanitario.

“La complejidad que vamos a trabajar es con el equipo completo, la integración con la comunidad (...) Los equipos sanitarios necesitan ampliar sus redes para poder acompañar los procesos, por eso es que la comunidad forma parte de esos procesos”

El concepto de Red aparece en la voz del coordinador como un concepto que define el trabajo en salud, desde el momento en que los trabajadores tienen que *ampliar sus redes*, gestionando sus procesos de trabajo a tal efecto, e incluyendo las *redes comunitarias* que ya se encuentran en los barrios.

En el plano simbólico, *la metáfora de redes* implicaba conectar cosas que antes estaban separadas, y tal dinámica incluía desde instituciones hasta personas. Como vimos, también los textos usados para la capacitación como las Guías tenían como centro aquella metáfora de la red. En las últimas páginas de *La Guía* se ponía como ejemplo el armado de una *mesa en salud con la comunidad* para inaugurar obras de infraestructura en los centros de salud. La idea era que la *mesa participativa* sea un espacio para realizar *actos de cuidado comunitarios* siendo uno de ellos el acto de apertura de los centros de salud luego de realizadas las obras. La invitación a participar de la planificación del evento, era para instituciones del barrio y vecinos. Entre las actividades a realizar ese día se mencionaban juegos, una kermesse o diferentes tipos de talleres como por ejemplo de huerta, danzas o repelente casero. En síntesis, lo que los protagonistas de estos cambios llamaban la *metáfora de redes*, y que aquí consideramos analíticamente como un valor y una categoría

de percepción (y acción) del mundo, transmitía una manera de hacer las cosas, y simbolizaba las coordenadas y el camino a seguir. De esta manera, prácticamente todas las dimensiones de esta política, todas las acciones, objetivos y metas a cumplir, estaban atravesadas por el valor de la creación de una red.

En este apartado analizamos cómo el *propósito* de la política de *Desarrollar una red de cuidados integrales y progresivos basados en la atención primaria de la salud que planifique con la participación de la comunidad* se tradujo en cuatro *ejes estratégicos* que incluían una regionalización espacial local, cambios en los tiempos y forma de trabajo. También profundizamos en el concepto de red como valor y vimos como la *metáfora* es una abstracción que se puede pensar de manera totalizadora (Graeber, 2018; Mauss, 1991) por remitirse a conexiones e interacciones dentro de un sistema mayor. Por eso, la metáfora es utilizada en este contexto para articular diferentes *niveles del sistema de salud* tanto como para construir una red entre el centro de salud local de atención primaria y *la comunidad*. Para los formuladores, planificar la gestión en salud implica en este sentido valorizar (Graeber, 2013) la *multidisciplina* y el arte. Para el médico generalista que coordina la implementación local los centros de salud tienen que ampliar sus *redes de cuidado* incorporando las *redes comunitarias* que ya se encuentran en los barrios. Las redes se usan de manera metafórica para construir salud a partir de conexiones e interacciones.

En este sentido, la red es una meta, un objetivo amplio y total que toma formas concretas en las acciones, en la producción activa de algo nuevo, desplegando esfuerzos creativos, recursos, tiempo, trabajo y conocimientos.

### El diseño de la implementación

En el presente apartado explicaremos la planificación que realizaron los formuladores respecto a cómo llevar adelante los *ejes estratégicos*, esto es, el diseño de cómo implementar la política en los centros de salud municipales. A quienes estaban encargadas de poner en práctica la política a niveles locales, se las nombró de dos maneras, *facilitadoras* e *implementadoras*, de acuerdo a sus funciones. Las primeras serían las

encargadas de acompañar los cambios en la “gestión y atención” a través del modelo propuesto, y las segundas de implementar el eje *sistemas de información*. Las facilitadoras se ocupaban de generar las condiciones para que los cambios puedan llevarse a cabo, por ejemplo, organizar *reuniones de equipo* en los CAPS, enseñar la metodologías de gestión propuesta, planificar *dinámicas grupales* como *mapeos colectivos* o *árbol de problemas*, colaborar en la planificación de actividades como talleres de huerta o jornadas de vacunación, mediar conflictos entre compañeros de trabajo de los CAPS o con la Secretaría de Salud, organizar reuniones con los coordinadores de área como ser salud mental o epidemiología. Eran la cara visible de la política en los CAPS, y, por lo tanto, las que recibían las quejas, disconformidades y también agradecimientos frente a los cambios que se estaban produciendo.

A mediados del año 2019 los coordinadores del programa decidieron fusionar ambos roles para acelerar los tiempos de implementación de la historia clínica electrónica. Además de *facilitar* una metodología de *trabajo colectivo*, la función de las *facilitadoras* incluía escribir una gran cantidad de documentos para registrar los cambios y los avances que se estaban realizando en función de los objetivos de cada *eje estratégico*. Estos documentos fueron parte del trabajo cotidiano de las implementadoras, y una forma de comunicar lo que se estaba haciendo a otros actores: al coordinador de la política municipal, a la secretaría de salud y al *equipo transversal*.

Antes de empezar a trabajar en los municipios, las capacitaciones a implementadores se realizaron en lugares que pertenecían al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Fueron organizadas por el *equipo transversal* y expertos en *Metodología de Planificación Participativa y Gestión Asociada* de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Los técnicos explicaron que las facilitadoras eran las encargadas de generar *procesos de co-gestión*, armar *dispositivos de enlace*, *problematizar* y *sistematizar*. Los *dispositivos de enlace* se encargaban de construir vínculos entre actores de diferente tipo, trabajadores de los centros, funcionarios en salud, habitantes de los barrios, organizaciones sociales, instituciones públicas; con la idea de problematizar la atención en salud. Eran puntos de unión en la red donde se apuntaba a construir lazos con la



comunidad, se conectaba la *gestión asistencial* con la *gestión comunitaria* y eran parte de la *gestión de la interfase nivel micro*. Es decir, la unión se creaba “desde abajo”, y de allí la idea de lo “micro”. Puesto en otros términos, en ese esquema de gestiones y conexiones, las facilitadoras eran las encargadas de unir el campo de lo asistencial con lo comunitario con la idea de que en un futuro ese rol lo asumieran los agentes de salud. Dentro de las funciones de las facilitadoras estaba la *problematización* que consistía, en *sistematizar experiencias y organizar procesos* a partir de *talleres orientados*. El hecho de que el trabajo de las facilitadoras fuera temporal, implicaba la idea de que, una vez puesta en funcionamiento, la red podría funcionar en forma autónoma, dado que el conocimiento y el saber hacer adecuado para mantenerla ya estaría instaurado.

Como explicamos anteriormente, en un principio las *facilitadoras* implementaron el eje *Modelo de Gestión y Atención* pero luego a mediados del año 2019 sumaron *Sistemas de Información* porque estaba demorada la implementación de dicho eje y se tenía que cumplir con los plazos acordados con el municipio<sup>21</sup>. El tiempo para que se cumpla la implementación en su totalidad fue de dos años por municipio. Los coordinadores de implementación municipales se encargarían de guiar el desarrollo de todos los ejes siendo *recursos humanos e infraestructura* ejes que implicaron reuniones permanentes con la Secretaría de Salud, el área de hacienda municipal y arquitectxs pertenecientes al municipio.

En las primeras capacitaciones a implementadores realizadas a comienzos del 2018 en CABA participaron coordinadores de implementación municipales y el *equipo transversal* incluyendo a veces a Fernán Quiroz. Durante la reunión, el experto de FLACSO sintetizaba en un pizarrón lo que se había hablado y al finalizar se resumían oralmente las ideas principales. Esta práctica de *sistematización* era un ejemplo de lo que las

---

<sup>21</sup>Según los manuales los equipos tenían que lograr: atención en consultorio y registro de cuidado en el sistema de información, definición de turnos de manera integrada, visitas a domicilio, actividades de promoción y prevención en salas de espera y territorio, diagnóstico territorial y comunitario en el área a cargo, actividades de participación intersectorial con otros organismos del estado, seguimiento de derivaciones para circuitos de referencia y contra referencia, reuniones de equipo ampliado, construcción de redes con organizaciones, participar de dispositivos locales de participación social, actividades de educación popular.

facilitadoras tenían que hacer en los centros de salud. Según un médico pediatra, coordinador de uno de los municipios, *los facilitadores organizan la información* en lugares donde *los determinantes sociales de la salud están muy presentes*. La mayoría de ellas eran profesionales de las ciencias humanas y sociales pues, a criterio de los diseñadores de la política, se debía lidiar con la *complejidad social* característica del nivel primario de atención en salud, y sus saberes eran acordes a eso. Las facilitadoras cumplían también lo que se llamó una *función metodológica*, que consistía en que los agentes de la salud (trabajadores y profesionales médicos) *problematizaran* su práctica de trabajo, y lo plasmaran en unas tablas llamadas *proformas*. La problematización era la base de la *co-gestión* y la metodología propuesta, consistía en reflexionar de manera colectiva sobre conceptos, conflictos o dificultades en el trabajo cotidiano como paso previo a modificar la conducta. Durante la implementación, se *problematizaron* diferentes temas, el concepto de APS y como se llevaba a la práctica en cada CAPS, la modalidad de entrega de turnos por las quejas de los usuarios frente a las largas colas y el tiempo que les demandaba hacerlas, o el tipo de vínculos que entablan con organizaciones sociales o vecinos del barrio. *Problematizar* era poner en cuestión la forma de trabajo, analizar sus dificultades, conflictos y sus consecuencias, con la idea de encontrar posibles soluciones.

El nombre de la metodología propuesta era *Gestión Participativa Basada en Problemas*, que retomaba ideas de la Investigación Acción Participativa y otras técnicas de educación popular para aplicarlas a la gestión<sup>22</sup>. Se trata de una *metodología que busca generar competencias de micro gestión para diseñar, priorizar y ejecutar acciones de promoción, prevención y continuidad del cuidado*. La metodología se basaba en *construir problemas*, en aprender a reconocerlos y en definirlos.

Además de plasmar el trabajo realizado en la *problematización*, la *proforma* tenía la función de transmitir información a la Secretaría de Salud para que estuviera al tanto de los problemas que había en los CAPS. En ese sentido, el trabajo de problematización

---

<sup>22</sup>La IAP es un *proceso cíclico* con diferentes fases: sistematizar la experiencia, problematización y análisis colectivo, reflexión y elección de la acción, toma de la acción a priorizar, sistematización del aprendizaje.

plasmado en la proforma que era elevada a la Secretaría, apuntaba a la *integración* del sistema de salud. La *proforma* era una tabla que se dividía en cinco columnas que correspondían a distintas fases del proceso de trabajo: *definición del problema*, *análisis del problema identificando y priorizando puntos críticos*, *mejora*, *medición*, *monitoreo y sustentabilidad*. En la fase *mejora* se pensaban en acciones e intervenciones para abordar los *puntos críticos* que eran los lugares donde presentaban las mayores dificultades en el desarrollo de la *problematización*. En la *medición* se identificaban objetivos y se construían indicadores que se documentarían durante el *monitoreo*. Más adelante entraremos en detalle en cómo se usó esta *proforma* en los CAPS. Por el momento queremos remarcar que todo trabajo debía estar sistemáticamente asentado, para así poder ponderar, evaluar y monitorear el avance de las tareas hacia los objetivos fijados.

La *proforma* era una herramienta metodológica y, además, un documento que se usaba para mostrar y medir el trabajo realizado en las *reuniones de equipo*. La *medición* y *monitoreo* eran fases de evaluación donde se tenía que mostrar si se había mejorado o no, y cuánto. Para Graeber (2015) las burocracias reafirman el *status quo* a partir de normas y regulaciones encargándose principalmente de *evaluar cosas*. *Están continuamente valorando, auditando, midiendo, sopesando los méritos relativos de diferentes planes, propuestas, solicitudes, rutas de acción o candidatos a promoción* (2015: 40). En este caso la evaluación incluía mostrar mediante documentos los procesos de trabajo con la idea que lo vieran diferentes destinatarios: la secretaría de salud del municipio, el *equipo transversal* y también la *auditoría del BID*. Más adelante detallamos este último punto.

El *trabajo colectivo* que se pretendía lograr en las reuniones de equipos se registraba no sólo con la *proforma*. Las *facilitadoras* tenían además que realizar *minutas* de reunión de equipo y *planillas de actividades comunitarias*. Con el tiempo, las planillas y documentos a llenar se multiplicaron: fueron incorporadas lo que se llamó las planillas de *línea de base*, las *guías de seguimiento de implementación*, y las *carpetas para el BID*. Cada uno de esos documentos formó parte de diferentes instancias en el proceso de implementación de la política. Servían como registro y apoyo para sustentar que se estaba trabajando y se estaba “mejorando”, que los recursos estaban siendo utilizados para realizar los cambios

en el sistema de salud que inicialmente se habían plantado en el proyecto de la política. El préstamo del BID tenía forma de *crédito basado en resultados*, que es una modalidad que implica que se transferían las partidas presupuestarias a medida que se iban cumpliendo los objetivos de implementación. Según comunicó Fernán Quirós en una reunión, era una de las primeras veces que se financiaba de esta manera en el país. La entrega de los documentos, que evidenciaban los avances eran un requisito para recibir un nuevo desembolso presupuestario. Completar esos documentos, entonces, era una forma de probar que efectivamente el dinero se estaba utilizando en forma productiva.

La *línea de base*, la *proforma*, la *guía de avance*, y la *carpeta del BID* eran papeles que oficiaban sobre todo como control burocrático, evaluación y auditoría (Graeber 2015)<sup>23</sup>. La *línea de base* fue un “diagnóstico local” de la situación en la que se encontraban los centros de salud antes de la llegada de la política. Se realizó en un tiempo de tres meses, sobre la base de entrevistas grupales a los trabajadores y coordinadores de los centros de atención primaria. Lo relevado en estas entrevistas se organizó en forma de planillas de sistematización orientadas a los cuatro *ejes estratégicos* de la política. A mediados del año

---

<sup>23</sup>Estos documentos pertenecen a diferentes momentos del desarrollo de la política. En líneas generales la temporalidad de la implementación en donde se hizo el trabajo de campo fue la siguiente. Las facilitadoras junto al coordinador de implementación municipal hicieron en el mes de junio del año 2018 las primeras reuniones en los CAPS donde se presentaron los cuatro *ejes estratégicos* y se hicieron dinámicas grupales con la idea de comenzar a *problematizar* el trabajo en los centros de salud. La implementación de los ejes de infraestructura, *recursos humanos*, *modelo de gestión y atención* y *sistemas de información* fue de manera superpuesta, iniciándose primero el *modelo de gestión y atención* y luego el resto. En el mes de septiembre comenzaron las entrevistas a los agentes de salud para completar las planillas de la *línea de base* que se terminó de llenar en el mes de diciembre de ese año. En ese momento se iniciaron las contrataciones a personal para completar los equipos *nucleares* y *matriciales*; y se empezaron a llenar las *proformas* con los temas elegidos por los equipos. A comienzos del año 2019 se iniciaron las obras de remodelación de los CAPS que en algunos casos fueron terminadas antes de las elecciones del mes de octubre y, en otros casos, a finales del año 2019. Durante ese año también se implementó la historia clínica electrónica y la digitalización de los turnos. La *Guía de avance* se completó en el mes de septiembre aproximadamente con la idea de tener un conocimiento detallado del grado de cumplimiento de los objetivos de cada eje. Por último, a fines de ese año y comienzos del 2020 las implementadoras armaron la *carpeta del BID* para que la información sobre los cambios que la Red Pública de Salud AMBA trajo a cada CAPS esté disponible ante la llegada de los auditores del organismo. Los tiempos de cumplimiento, y el llenado de los documentos respaldatorios, fueron motivo de tensión entre los implementadores, hecho que desarrollaremos en próximos capítulos.

2019 se sumó otra planilla, llamada *Guía de estado de avance de implementación*, que llenaría el coordinador del centro de salud junto al equipo de facilitación con información respecto del *grado de avance* de la política. Llenar las planillas hacía que tanto las facilitadoras como coordinadores de los centros de salud y coordinador municipal del programa sepan los puntos en que el centro de salud estaba ‘atrasado’ y cuáles eran los motivos de ese atraso. Era una evaluación conjunta de la implementación. Si, por ejemplo, de la información volcada en las planillas resultaba que el porcentaje de empadronamiento de la población para la apertura de la historia clínica electrónica era bajo, todos los implicados en la implementación del eje sistemas de información tenían que esforzarse para cumplir con los plazos pautados para este eje. El porcentaje de empadronamiento se calculaba considerando la cantidad de personas a las que se le “abrió” o habilitó la historia clínica digital en relación al total de la *población priorizada* del área programática de cada CAPS. Si el porcentaje era alto significaba que la mayoría de las personas de la zona que se atendían en el CAPS ya habían completado los datos para tener la historia clínica digitalizada. El pedido de datos implicaba actualizar la información personal del paciente atendiendo especialmente al domicilio y su imagen con la toma de una fotografía. Por su parte, la *carpeta del BID* se empezó a preparar en octubre del año 2019 y se siguió completando hasta mayo del 2020. Debía confeccionarse, una carpeta por centro de salud, y su contenido abarcaba los planos de obra, remitos de compra, las planillas *proformas*, tablas de *actividades comunitarias*, y una planilla con puntos a completar con información relativa a: la estructura edilicia del CAPS, al sistema de historia clínica electrónica, al personal que trabaja en centro, al equipamiento médico y no médico. En cuanto a la estructura edilicia, se tenía que responder si el centro contaba con recepción, baños, SUM, depósito, farmacia y enfermería, si poseía acceso a internet, suministro eléctrico o acceso a personas con movilidad reducida. También debía realizarse una descripción de los consultorios y la especialidad que se atendía en cada uno. En cuanto al personal, se debía asentar si el centro tenía licencia para el uso de la HCE, si recibió capacitación para su uso y si tienen habilitado un sistema de turnos. Si los equipos contaban con la totalidad de los integrantes establecida y sus nombres. En cuanto al equipamiento, debía informarse si había luz eléctrica, cantidad de tomas y enchufes, cantidad de escritorios, sillas, camillas,

computadoras, impresoras, cámaras, balanzas para adultos, para niños, si había estufa de esterilización, fotóforo, lavadora instrumental, nebulizador, negatoscopio, oxímetro de pulso, silla de ruedas, heladera de vacunación. La planilla iba acompañada de una serie de fotos del nuevo edificio, los consultorios, equipamiento, etc.

Para David Graeber (2015) nos hemos acostumbrado completamente a la burocracia, forma parte de nuestra rutina, por eso resulta difícil verla como un problema. Es vista como “normal” y necesaria para gestionar cualquier tipo de asunto, a su vez, en tanto administración, la burocracia se revela como un tipo de poder que esconde nuevos tipos de dominación. En la Red Pública de Salud AMBA parte del trabajo de las facilitadoras era de registro: minutas de reunión, registro de reunión ampliada, registro de actividades comunitarias, proformas, informes de gestión, armados de carpetas para organismos internacionales. La función de estos registros de control burocrático que funcionaban en paralelo a la burocracia de los centros de salud, fue el de evaluar y auditar. En líneas generales, eran tres los organismos destinatarios de la documentación: el BID, la gestión municipal y la gestión provincial. Los documentos fueron mecanismos que tuvieron el poder de fijar las pautas de modernización. El alto control burocrático ejercido durante la implementación fue la forma en que funcionó el plan de transformación ya que en dichos documentos se encontraban las categorías con que se evaluó al Estado. Allí se fijaron los parámetros que medían a los CAPS más “atrasados” o “adelantados” en relación a los objetivos que los formuladores, con el aval de los organismos internacionales, presentaron en el proyecto. La burocracia que se construyó durante la implementación tuvo un importante rol en el ejercicio de dominación de dichos organismos y sus representantes.

Hasta aquí hemos prestado atención al punto de vista de quienes diseñaron esta política, y los objetivos que se formularon en función de transformar el sistema de salud, incluyendo la manera en que se pensó la implementación de la política y el rol de las *facilitadoras*. Como adelantamos en la introducción, la reconstrucción de este punto de vista nos servirá para explorar la pregunta sobre los cambios que se quieren generar en las personas que integran el sistema de salud a nivel local, como un caso desde el cual pensar las maneras actuales en que se persigue la modernización del Estado. Por eso nos

preguntamos ¿Qué tipo de trabajadores de salud quiere construir la política desde su formulación? ¿Cómo pretende generar transformaciones en ellos? Retomando a Graeber (2018), producir personas refiere a producir valor a través de la acción. En próximos capítulos abordaremos los efectos que tuvieron las políticas en las personas involucradas y la producción de valor dentro del trabajo en salud. Diferentes tipos de documentos de gestión y de diálogos donde intervinieron implementadores, funcionarios de la secretaría de salud y especialmente los trabajadores de los centros de atención primaria serán analizados para dar cuenta de ese proceso.

## **Capítulo II: Presentaciones y “diagnósticos” locales**

El presente capítulo se centrará en un análisis local de la etapa inicial de implementación del plan. Eso conllevó, por parte del personal que trabaja en los centros, conocer la propuesta política y a las personas que ayudarían a concretarla, los implementadores, quienes tuvieron que trazar estrategias para ingresar a un universo social e institucional prácticamente desconocido para la mayoría de ellos, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Teniendo en cuenta que "las acciones intencionales orientadas a un objetivo producen relaciones sociales, y al hacerlo, transforman a los productores mismos" (Graeber 2018: 117), veremos cómo en el proceso analizado se modificaron instituciones, los centros de salud, y también personas, los involucrados en la política. El involucramiento no fue de un día para el otro, su desarrollo tuvo en primer plano a los implementadores, pero necesitó a otras personas conocedoras del campo para llevarlo adelante, principalmente coordinadores de centros de salud y funcionarios municipales. Para todos ellos fue necesario constituir nuevos vínculos, incorporar conocimientos, y pensar estrategias de cambio. A pesar de ser llamados “implementadores” de algo que crearon otros como un proyecto o diseño, quisiéramos remarcar que quienes pusieron en práctica la política no fueron simples ejecutores. Fueron co-creadores de la política, no meros recursos humanos necesarios para la implementación. Por lo tanto, esa creatividad, será nuestro foco de análisis de aquí en adelante.

La presentación `oficial` de la Red pública de salud AMBA se realizó en el mes de mayo del año 2018 con la participación de la gobernadora de la Provincia en aquellos momentos, María Eugenia Vidal, el Jefe de Gobierno porteño Horacio Rodríguez Larreta, el Ministro de Salud bonaerense Andrés Scarsi, el coordinador de la política Fernán Quiroz, el Intendente del municipio, de igual signo político que el resto de los funcionarios, y medios de comunicación que cubrieron la noticia. El evento se realizó en un centro de salud del municipio, asistieron vecinos y su organización estuvo a cargo de la gobernadora. En su discurso explicó que se trataba de una política muy ambiciosa porque pretendía llegar a los cuarenta municipios del AMBA, y que su objetivo era *homogeneizar el servicio* de salud para que la gente tarde como máximo quince minutos en llegar a los CAPS,



enfaticando además que *el ochenta y cinco por ciento de las consultas médicas se pueden resolver en `la salita`*, y que tal era la razón por la cual asignar recursos provinciales en la atención primaria haría que mejoren las guardias de los hospitales ante una urgencia. Así mismo, aclaró que la realización del proyecto era posible *gracias al presupuesto del gobierno nacional*. El Ministro de Salud de la Provincia, por su parte, afirmó que la idea era que los médicos tuvieran una cantidad de *familias a cargo* para cubrir, por cada equipo profesional, unas setecientas familias. Cuando tomó la palabra, Fernán Quiroz aportó que el médico de cabecera del equipo se encargaría de las derivaciones correspondientes al resto del sistema de salud utilizando el sistema informático y las historias clínicas digitalizadas. También resaltaron la importancia de *reordenar a los especialistas según el barrio en el que vivan*, y equiparar los salarios. Algunos medios de comunicación dijeron que el proyecto contemplaba los municipios de la zona del AMBA y *los corredores sanitarios compartidos con la ciudad*, en un plan para *ordenar y reorientar la demanda*. Como vemos, en los discursos de los funcionarios y las notas periodísticas aparece la idea de la política pensada desde la atención primaria en articulación con el resto del sistema de salud. Es decir, el objetivo fue el de aportar al sistema en su totalidad, comenzando por el primer nivel de atención para *homogeneizar* la atención en salud de las diferentes jurisdicciones que comprenden el AMBA.

A continuación, analizaremos la primera etapa de la implementación, sus inicios, en uno de los cuarenta municipios del AMBA<sup>24</sup>. La etapa inicial abarca los meses de mayo a noviembre del año 2018, ya que durante ese período se instalaron los fundamentos de los cambios que se profundizaron durante el 2019. En esa etapa, el equipo de implementación instaló sus oficinas en la Secretaría de Salud Municipal, y comenzó a entablar vínculos con los funcionarios de la secretaría de salud. También se realizaron las primeras *reuniones de equipo* con los trabajadores de los CAPS.

---

<sup>24</sup>El municipio posee 365 mil habitantes y está ubicado en el oeste del Gran Buenos Aires, al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Limita al Según datos oficiales otorgados por el municipio, un 70,76% tiene una obra social o prepaga, un 27,2% utiliza el sistema público y un 2,4% accede a programas sociales o estatales.

El grupo de trabajo conformado por los implementadores locales estaba compuesto por 15 personas: un *coordinador*, dos *ayudantes de coordinación*, uno para el eje *modelo de gestión y atención* y otro para *sistemas de información*; seis *facilitadoras* del *Modelo de Gestión y Atención*, y cuatro *implementadoras* del eje *sistemas de información*. En el caso del municipio donde desarrollamos la investigación, el *coordinador* era médico generalista; sus *ayudantes*, un estudiante de trabajo social y un psicólogo; las *facilitadoras* dos psicólogas sociales, una trabajadora social, una comunicadora y tres antropólogas (incluyéndome a mí); los *implementadores* eran de las mismas profesiones que las *facilitadoras*.

Las implementadoras asistieron durante el mes de mayo a jornadas de capacitación en la Ciudad de Buenos Aires organizadas por el equipo de coordinación general de la política y luego, en el mes de junio, iniciaron el trabajo en los municipios. Durante ese mes, el equipo empezó a conocerse, hicieron actividades de formación con el coordinador local del plan y se realizó una reunión de *presentación* de la política en la Secretaría de Salud para los coordinadores de los CAPS donde también asistieron trabajadores de la Secretaría como las epidemiólogas locales, la coordinadora de salud mental, el director de atención primaria, entre otros. Un mes después empezó la implementación en los centros de salud, primero con entrevistas personales de las implementadoras asignadas a cada centro y el coordinador para conocer su punto de vista sobre el lugar que dirigían y luego reuniones de *presentación* de la política a todos los integrantes de cada CAPS. A partir de agosto aproximadamente, las implementadoras iniciaron la documentación de la situación de los centros a través de lo que se llamó *línea de base* atendiendo a los ejes estratégicos, es decir, los puntos que se querían modificar. En el documento se dejó registro del estado de los centros de salud antes de iniciar la implementación local para que posteriormente sea un insumo para mostrar a funcionarios y financiadores del proyecto las “mejoras” realizadas a lo largo del tiempo en base a los objetivos iniciales propuestos.

### Los sentidos de la APS

En las oficinas y salas de reunión de la secretaría de salud de los diferentes municipios de la Provincia de Buenos Aires se decide sobre cómo llevar las políticas y programas

provinciales y nacionales a los centros de salud. Allí fue donde se designaron dos oficinas para que funcione la Red Pública de salud AMBA. En el municipio donde hicimos el trabajo de campo, la Secretaría de Salud se encuentra ubicada en el barrio más céntrico del partido, al lado de la municipalidad, frente a las vías del tren y a unas cuadras de un gran centro comercial. Se trataba de un centro de mediana complejidad o *Centro de Medicina Ambulatoria de Referencia* comúnmente llamado CEMAR.

Una de las primeras iniciativas para empezar a poner en marcha la red fue la organización de una charla de presentación con los coordinadores de los centros de salud, a la que asistieron también varios de los funcionarios de la secretaría de salud municipal, el *equipo transversal*, compuesto por médicas/os, sociólogas, profesoras de arte, encargadas de hacer tareas de gestión y capacitación en todos los municipios, y los implementadores. El objetivo de la charla, organizada por los coordinadores de la red, fue iniciar un proceso de conocimiento personal, tanto de las personas que coordinaban los CAPS y funcionarios de la Secretaría, como de las líneas de trabajo y el fundamento de la política. Es decir, que todos aquellos implicados en las tomas de decisiones en relación a la APS se capaciten en las bases y principios de la política.

El coordinador de implementación en el municipio abrió la charla con las siguientes palabras: *Éste es un plan grande, con muchas líneas de trabajo y una de las cuestiones más grandes que viene a plantear es la lógica de sentidos en APS*. Para él, esta *lógica* era central, pues se considera que, dentro del sistema de salud, el trabajo del primer nivel de atención tiene un saber específico, es decir, *una lógica* que había que instalar y que hasta ese momento no se estaba desarrollando en los CAPS. Es decir, se parte del supuesto que la manera de hacer APS en los CAPS antes de la llegada de la política no era correcta, había que instalar otra forma, transformar la anterior y establecer una nueva *lógica de sentido de APS*. En esa línea habló de la *estandarización de la estructura de los niveles de complejidad* y dijo: *¿Alguien sabe que es un ASIS? No, bueno, los Análisis de Situación en Salud son mucho más complejos que un tomógrafo o resonancia magnética, sin embargo, muchas veces es entendido como “de menor nivel”. Pero en complejidad, son muy complejos*. Estandarizar el primer nivel de atención significaba que los centros de salud utilizaran técnicas similares en todos los municipios del AMBA. El ASIS se usa

para analizar la relación entre las condiciones de vida de las personas y los procesos de salud-enfermedad-atención. Según afirmaba el coordinador del programa, esas técnicas de trabajo pueden ser tan o más “complejas” que las usadas en el resto del sistema de salud. La atención primaria tiene sus técnicas, darles lugar a ellas es darle valor en comparación con otras que se encuentran dentro del sistema. Respecto a este punto, los dichos del coordinador se vinculan con ideas que circulan usualmente en torno a la atención primaria y la medicina general, especialidad que se relaciona con el primer nivel de atención. En varias ocasiones, escuché, de parte de médicos generalistas, que su especialidad es menospreciada en relación a otras, así como el primer nivel de atención es menospreciado en relación al trabajo en hospitales, cuestión que se refleja en los bajos salarios de sus trabajadores. El objetivo de la red, como decíamos, implicaba jerarquizar este tipo de atención, otorgándole un mayor valor al que se consideraba que estaba teniendo hasta el momento.

El antropólogo Menéndez E. (1988) acuñó la categoría Modelo Médico Hegemónico para explicar las características estructurales que están dentro del campo de la salud. Para él, el rasgo principal del modelo es el biologicismo. Tomando la idea de niveles de complejidad explicados anteriormente donde el primer nivel de atención tiene una *baja complejidad biomédica* y una alta *complejidad social*, la desvalorización del primer nivel se puede vincular con la caracterización que hace Menéndez respecto a la hegemonía en salud donde el biologicismo como rasgo predominante se asocia con el segundo y tercer nivel de atención. La política tenía como objetivo valorizar la atención primaria. Esto es, darle mayor importancia e incidencia dentro de la totalidad del sistema. Tal importancia era reiteradamente destacada en relación a los impactos que tendría en el resto de los niveles del sistema.

Para David Graeber (2018) “el valor puede verse como el modo en que las acciones adquieren significado para el actor al incorporarlas en alguna totalidad social más amplia; aun cuando en muchos casos la totalidad exista en la imaginación del actor” (Op cit. 35). Como vimos, la meta principal de la política es fortalecer la APS para así fortalecer el sistema de salud siguiendo el modelo de las *Redes Integradas de Servicios de Salud*

(RISS). Según los manuales, la APS tiene que ser el pilar sobre el cual se construyan el resto de las instituciones que componen el sistema.

Como vimos en el primer capítulo, la *Gestión Participativa Basada en Problemas* fue la metodología que tenían que aplicar las facilitadoras para el trabajo en los CAPS. Pero antes del trabajo en los centros de salud mismos, el equipo de facilitación tuvo que adquirir conocimientos y capacitarse en torno a varias y articuladas cuestiones. En primer lugar, debían conocer cómo la APS se estaba implementando en el Municipio en particular. En segundo lugar, debían conocer el sistema de salud en general e identificar las características de la APS en relación al resto del sistema. En tercer lugar, debían capacitarse en la construcción de aquella metodología, y por último debían aprender cómo elaborar un documento técnico que ya hemos mencionado, la *proforma*, una planilla donde se debía volcar lo trabajado en las *reuniones de equipo*. A continuación, nos vamos a centrar en los primeros tres puntos de la capacitación, para luego abordar la cuestión de la *proforma*, que fue central para documentar, mostrar y visibilizar *los logros* alcanzados.

Respecto al primer punto, para conocer cómo la APS se estaba implementando en el municipio, se hizo un *mapeo colectivo* interno entre facilitadores tomando como referencia el mapa del distrito y la ubicación de sus catorce Centros de Atención Primaria de la Salud. La política llamaba como *áreas de responsabilidad* a lo que el sistema de salud tradicionalmente llamó *áreas programáticas*. Se trata de las zonas que rodean al CAPS u hospital en donde se hacen actividades sanitarias: Para definir estas zonas, se tiene en cuenta la cantidad de población que aparece en el último censo. El territorio municipal estaba dividido en catorce áreas programáticas que correspondían a cada centro de salud. Se dividió el municipio en tres zonas: norte, centro y sur, y las facilitadoras se distribuyeron en equipos de dos personas para trabajar la implementación del Modelo de Gestión y Atención en cada una de las zonas.

Respecto al segundo punto, que refería al conocimiento del sistema de salud en general, y como la mayoría de las implementadoras no habían trabajado en el área de salud, el coordinador municipal del programa que también tenía experiencia de trabajo docente, se detuvo a explicar en mes de junio del año 2018 en las oficinas destinadas a la Red Pública

de Salud AMBA de la Secretaría de Salud, mediante Power Point y charlas, la historia del sistema de salud en la Argentina, los conceptos centrales de APS y los programas estatales que se podían encontrar en los centros<sup>25</sup>. Se habló del programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria en salud (ATAMDOS) trazando paralelismos entre ellos y la Red pública de salud AMBA. Como similitudes se marcó la construcción de equipos con “familias a cargo”, el fomento de APS y la *participación popular*. Como diferencia se marcó la forma de otorgar financiamiento ya que el dinero se otorgaba directamente hacia las familias y los equipos de salud quienes se encargaban de definir su destino. Valorizar esos puntos era importante en el marco de implementación de la política. El ejercicio comparativo realizado en las reuniones iniciales del equipo permitió un acercamiento subjetivo con las políticas pasadas y un alejamiento de otras. Se creó una continuidad en el tiempo y un hilo histórico común generando proximidad y también legitimidad con la política presente. Sobre el uso del pasado en las agencias estatales Guglielmucci A. y Guber R. (2013) hablan de la *capacidad formativa o pedagógica de la conciencia histórica a través de la inculcación de valores*, y de la *producción procesual del pasado a partir de las condiciones socio-culturales presentes* (Op cit 2013: 83). Teniendo en cuenta que se produjo una selección de programas de salud pasados y se trazaron paralelismos con el presente, desde la gestión estatal se apeló a la memoria histórica para darle sentido a la actualidad.

Esta capacitación en la historia de los programas de salud fue luego usada por las facilitadoras en las conversaciones en los centros para indagar si los trabajadores habían formado parte de ella, y cuál era su opinión sobre esa experiencia. Pediatras, administrativos, y médicos clínicos con más antigüedad laboral la recordaban. La continuidad con políticas del pasado se realizó como contracara de una ruptura con la manera en que se estaba gestionando el trabajo en los centros de salud en la actualidad. La continuidad se presentó valorizando la participación y tomando como ejemplo un programa que apuntaba a fortalecer tanto la APS construyendo equipos de salud, como la

---

<sup>25</sup>Se habló de Ramón Carrillo y se leyó la entrevista a Floreal Ferrara creador del programa ATAMDOS. Dicho plan impulsaba la *participación popular* y la formación de equipos multidisciplinares compuesto por cinco personas: un médico, un psicólogo, una trabajadora social, un odontólogo cada 2 puestos y un administrativo”.

*participación social*: el ATAMDOS. La ruptura se presentó con una propuesta de cambio que integre la *metodología* propuesta, que cambie tiempos y espacios de trabajo e incorpore tecnología de información al trabajo en salud.

Valorizar la APS implicó invertir recursos en ese nivel de atención otorgándole importancia a sus técnicas, muchas de ellas preexistentes a la llegada de la política. También implicó capacitar en nuevas formas de gestión incluyendo la *proforma y la gestión participativa basada en problemas*, dentro de un sistema más amplio que se mide por la *complejidad biológica* y privilegia técnicas asociadas a ella. Centrarse en la APS también implicó señalar los centros de salud en un mapa y ubicarlos dentro de una zona. Al ser la Red Pública de Salud AMBA una política pública se la comparó con otras del pasado generando continuidad y al mismo tiempo ruptura, ese proceso pedagógico realizado para las facilitadoras, en su mayoría de ciencias sociales, reforzó el valor de la atención primaria como una estrategia que podía habilitar espacios de participación social. A continuación, veremos cómo esos valores y conceptos entraron en tensión con la realidad de los centros de salud.

#### Entre la desconfianza y la falta de cuidado.

Los CAPS forman parte del primer nivel de atención y usualmente se los llama 'puerta de entrada al sistema de salud' por ser el primer contacto de este con la población en los barrios. Los CAPS donde desarrollamos nuestro trabajo de campo son tres y se encuentran ubicados en la misma zona, al norte del municipio. Es una zona contigua al predio del CEAMSE, cerca del Río Reconquista y el arroyo Morón, con la Av. Márquez y ruta 8 como sus principales vías de acceso. En los CAPS a principios del año 2018 trabajaba personal de seguridad en la entrada, mantenimiento y limpieza de manera rotativa, administrativas, enfermeras, pediatras, obstétricas, médicas generalistas o clínicas, ginecólogas, nutricionistas y psicólogas, la mayoría mujeres. Otras especialidades como trabajo social, radiología, odontología, psiquiatría o auxiliar de farmacia se encontraban en algunos CAPS y en otros no. Respecto a los tipos de contratación salarial, algunxs eran empleadxs municipales, provinciales y otrxs monotributistas dependiendo del momento de ingreso a los centros o si formaron parte de algún programa estatal en particular. En

cada CAPS había un coordinador general que se encargaba de vincularse con la *secretaría de salud*, además, dentro de sus tareas estaba la organización de días y horarios de trabajo, la implementación de *programas* de salud municipales, provinciales y nacionales, definición de la modalidad de entrega de turnos, entre otros.

En la presente sección se focalizará en el momento en que los trabajadores de los centros conocieron la propuesta de la política y entraron en contacto con las *facilitadoras*, entre ellas yo misma, quienes estarían a cargo de la implementación en los CAPS por los siguientes dos años. Para las *facilitadoras* esta etapa inicial o primer contacto fue el momento en que se puso en práctica lo aprendido en las capacitaciones realizadas en los meses previos.

En el mes de junio del año 2018, antes de iniciar las *reuniones de equipo*, las *facilitadoras* y el coordinador de implementación hicieron entrevistas a los coordinadores en los CAPS, a esa instancia se la llamó *entrevista 0*. Ese momento de conocimiento fue más personalizado que la reunión de presentación de la política realizada en la Secretaría de Salud ya que fue el momento en que los coordinadores conocieron a la dupla de facilitación que le fue asignada y las *facilitadoras* pudieron hacer preguntas más específicas sobre el funcionamiento de cada CAPS. En mayo del año 2018, los tres centros de salud de zona norte estaban coordinados por una enfermera, incorporada en junio de aquél año, una trabajadora social, que tenía un año de experiencia en el puesto, y un médico ginecólogo que había ingresado en gestiones políticas previas. Se planificó una entrevista con cada uno de ellos, en la cual se le hicieron preguntas sobre su trayectoria laboral, sobre la cantidad de personas que trabajan en el CAPS, sus profesiones, horarios de trabajo, modos de contratación, programas estatales en los que participaba, etc. El equipo de facilitación consideró que entablar contacto primero con ellos ayudaría a la vinculación inicial con el resto del equipo de salud. Además, las respuestas a las preguntas realizadas al coordinador podrían ayudar a caracterizar el lugar donde posteriormente se realizarían los cambios planificados.

Luego de realizar la *entrevista 0*, las *facilitadoras* empezaron a planificar las *reuniones de equipo*. Dentro del equipo de facilitación había dos compañeras que además de psicólogas



sociales habían estudiado tiempo libre y recreación. Para planificar aquella primera reunión trajeron una *dinámica lúdica* de presentación de grupos y todas las facilitadoras acordamos hacerla en los CAPS. La dinámica consistió en que cada trabajador escribiera en carteles de colores su nombre, una característica de su personalidad y la función dentro de cada CAPS. Después de esa actividad, la idea era que las facilitadoras se presenten a ellas y a la política, sus principales objetivos y *ejes estratégicos*.

A continuación, describiremos la primera *reunión de equipo* que realizaron las facilitadoras y el coordinador de implementación de la política. La fecha se acordó con la coordinadora del CAPS el día en que le realizamos la *entrevista 0*. En la reunión participaron tres administrativas, una enfermera que también hacía tareas administrativas, una trabajadora de maestranza, una ginecóloga y un odontólogo. Después de la reunión las facilitadoras hicieron diferentes registros, en uno se detalló lo sucedido en la *dinámica lúdica* y otros temas que se charlaron como ser, los programas nacionales, provinciales y municipales que se estaban implementando en el CAPS, la falta de profesionales de salud mental, los cortes eléctricos y los recientes despidos de trabajadoras sociales. También se registraron las primeras impresiones sobre los participantes de la reunión, la distribución de la palabra y las respuestas de los trabajadores cuando se explicaron los diferentes ejes de la política.

En los inicios de la implementación, las facilitadoras hacían dos tipos de registros, las *minutas de reunión* que eran transmitidas a los equipos por medio de grupos de WhatsApp y las *minutas ampliadas* donde se escribían pareceres y comentarios que solo eran leídos por el equipo de implementación. Las *minutas de reunión* eran escritos que, además de transmitirse a los centros de salud, se enviaban al coordinador a través del grupo de WhatsApp del equipo de implementación por lo tanto eran leídas también por los implementadores de los otros CAPS. También se cargaban en la nube de *Google Drive* para que el equipo *transversal* tuviera acceso. Las minutas se organizaban en diferentes partes: fecha de la reunión, hora, participantes, objetivo, dinámica realizada, desarrollo y próxima fecha de reunión. Esos registros eran parte del trabajo cotidiano de las *facilitadoras* y tenían la función de mostrar en qué temas se estaba trabajando y de qué

manera. La idea era que las minutas sirvieran como herramienta de registro de reuniones y que los equipos las incorporaran para hacer el seguimiento de los proyectos.

En la primera reunión, además de presentar los ejes de la política, se habló sobre Atención Primaria de la Salud. En los manuales se citaba bibliografía especializada que planteaba que sus elementos esenciales eran: *accesibilidad*, que era la manera de decir que la Atención Primaria debe alcanzar a todas las personas; la *continuidad del cuidado*, que el cuidado entre los diferentes niveles del sistema y con la población en los barrios debía ser continuo a lo largo del tiempo, no esporádico; *integralidad*, donde se debía abarcar a todas las problemáticas de salud con profesionales acorde ello; y *coordinación*, entre los distintos niveles de atención y no debía agotarse sólo en el primero. La idea era tenerlos en cuenta en las *reuniones de equipo* y relacionarlos con el trabajo cotidiano de los centros. Además de la *dinámica lúdica* de presentación, las seis facilitadoras planificaron hacer otra dinámica llamada *lluvia de ideas*, descrita en los manuales, con la idea de conocer `los sentidos` del concepto de atención primaria para los trabajadores y explicar las características principales de la estrategia. La lluvia de ideas implicaba que se anotaran todas las opiniones en un afiche tal cual sean presentadas por los participantes, recibiendo igual consideración de todas y no desechando ninguna. En el CAPS donde se desarrolló la primera reunión de equipo las facilitadoras anotaron en el afiche las palabras que los trabajadores relacionaron con el concepto de APS: *paciencia, atención, empatía, autocuidado, sensibilidad, seguimiento, acompañamiento, accesibilidad, diversidad, comunicación, comunidad y compromiso*. La coordinadora agregó *comunicación y participación - promoción*. Respecto a la palabra comunidad las facilitadoras preguntaron por la población que asistía al CAPS y el médico neurólogo dijo que *no conocía la población y que no había forma que la conociese. No hay equipos que vayan a las viviendas*. El coordinador le preguntó si quería formar equipos para salir y *hacer visitas* y dijo que no, que él era neurólogo. Después, los implementadores preguntaron sobre los programas estatales que funcionaron en el CAPS en el pasado y que se centraran en la participación con la gente, a lo que el neurólogo respondió: *el único programa que funcionó fueron las manzaneras que tenían bastante relación con los médicos. La promoción de la única manera que hay que hacerla es de puertas para afuera*. El

coordinador de implementación respondió contundentemente que no era así, y explicó diversas maneras de realizar promoción. Como vemos, se generó un desacuerdo entre el coordinador, que recordamos era médico generalista, y el médico neurólogo sobre cómo llevar adelante la promoción, no había un consenso al respecto. Luego, respecto a los programas y políticas, el neurólogo dijo que *todos los años se presentan propuestas como ésta, pero nunca funcionaron. Hace 30 años que trabajo en salud, soy jefe de Neurología del Hospital y hubo treinta propuestas como estas. El hospital tiene dificultades de personal, salarios e infraestructura; en los centros de salud hubo despidos de trabajadores sociales, por ejemplo.* En sus dichos se notaba descreimiento y falta de confianza en la propuesta de AMBA basándose en experiencias previas. Por su parte una administrativa, que hacía más de veinte años que trabajaba en el CAPS, dijo que se encargaba de las estadísticas, de cargar el RESAPRO (Registro Sanitario Provincial) y habló de *cómo construían la historia clínica los médicos del programa “médicos comunitarios”, que eran muy buenas.* También habló del ATAMDOS, *el caps no fue un Atamdos porque todos los médicos tenían que tener dedicación exclusiva y el coordinador del CAPS tenía un cargo en el Pami y para poder pasar a ser Atamdos este hombre debía renunciar.* Luego vinculó este tema con los despidos que el municipio había hecho antes de la llegada de la política y habló muy bien de los trabajadores que el municipio despidió porque estaban *comprometidos con el barrio.* La administrativa, a diferencia del médico, no pensaba que *ningún programa había funcionado*, y nombró a varios que sí lo habían hecho, aunque mencionando sus ventajas y desventajas. Respecto al ATAMDOS lo definió desde una imposibilidad: el CAPS no perteneció a él porque los médicos no podían cumplir con la cantidad de horas que se les pedía. Lo que dijo la administrativa en aquella primera reunión fue una especie de anticipación de lo que pasaría con la Red pública de salud AMBA en el año 2019, pues las discusiones en torno a las funciones y la cantidad de horas de trabajo en los centros de salud fueron motivo de conflicto, renunciaciones y mucha tensión con la nueva propuesta y con la gestión municipal. La mención al programa RESAPRO no fue casual, ya que es un programa que desde el 2013 apunta a la

información<sup>26</sup>. El objetivo del programa era muy parecido al de la Red Pública de Salud AMBA respecto a la incorporación de tecnología de la información al sistema y aporte a la integralidad.

De esta manera, las primeras reuniones condensaron varios aspectos que luego se transformarían en tensiones de la implementación. Contrataciones, salarios, incompatibilidades horarias y días, fueron temas que se pusieron en discusión constantemente. A su vez, la discusión respecto a si un médico neurólogo aceptaba hacer actividades de promoción y prevención por fuera del centro de salud se relacionaba con las funciones que a un médico del primer nivel debía tener en relación con el resto del sistema. Respecto a las experiencias con políticas públicas previas a la llegada de la Red pública de salud AMBA, para algunos surgía la idea que nada nuevo estaba trayendo esta propuesta ya que “lo viejo”, es decir, las políticas anteriores, habían fracasado. Para otros, no era así, la administrativa con más antigüedad en el CAPS trajo como ejemplo positivo el programa *Médicos Comunitarios* y también mencionó otras políticas que se estaban implementando para mejorar la información que circulaba en el sistema de salud.

Durante esas primeras reuniones, pero en otro CAPS, y frente a la propuesta de reflexionar en torno a la idea / concepto / categoría de “cuidado”, una administrativa comunicó muy angustiada que *más allá de la buena voluntad que podamos tener nosotras, faltan un montón de recursos y los terminamos poniendo nosotros*. Contó que un día se quedó más tiempo trabajando en el centro, bajando cajas de leche de los camiones, puso mal el dedo del fichado que controlaba las horas de trabajo y le descontaron el día. Después de escuchar a su compañera, una de las profesionales respondió con indignación cómo podía ser que en un contexto actual con salarios tan bajos y falta de recursos le descuenten plata porque no funciona el fichado. Lo relacionó con el concepto de cuidado y planteó que a ellos no los cuidan. En consonancia, el coordinador habló de la falta de insumos, guantes, hojas para la impresora, calefacción y papel higiénico. El equipo cerró la charla diciendo

---

<sup>26</sup>En el marco de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC'S), Resapro es una política de información en salud que busca colaborar en el cumplimiento de un derecho fundamental: la salud`. <https://resapro1.rssing.com/chan-53010873/latest.php>

que para ellos era importante que se sepa la situación en la que estaban a lo que las *facilitadoras* respondieron sobre la relevancia de visibilizar estos problemas para buscar soluciones de manera colectiva.

Como se puede apreciar, el clima en las primeras reuniones fue tenso. Surgieron temas que desde implementación no se habían tenido en cuenta en las “planificaciones”, tales como el estado edilicio, la infraestructura obsoleta, los bajos salarios y la sobrecarga de trabajo y el hecho de que, al menos para los profesionales médicos, la propuesta nueva no tenía nada de nuevo. Era nada más que otra iniciativa condenada al fracaso. Estas tensiones se sumaron a otras preexistentes. La relación entre los agentes de salud y la Secretaría no era buena. Los despidos recientes y el excesivo control sobre el cumplimiento de los horarios de trabajo generaban tensiones permanentes. A su vez, las facilitadoras planificaron trabajar el concepto/categoría de cuidado para relacionarla con las prácticas de trabajo cotidiano en APS indagando acerca de cómo los agentes de salud cuidaban a la población que asistían. Cuando las facilitadoras instalaron el tema en la reunión, los trabajadores resignificaron la noción. La pensaron en relación a la falta de cuidado que tenía la secretaría de salud hacia ellos y que era difícil cuidar de otros de esa manera.

En varias oportunidades se habló de los bajos salarios y el contexto de crisis económica general que se estaba viviendo en el país. Para los profesionales y trabajadores de los centros de salud, la política Red pública de salud AMBA ofrecía una propuesta `ideal` que estaba muy alejada a lo que ellos vivían en relación a sus condiciones de trabajo. En las primeras reuniones de conocimiento mutuo, muchas veces se hablaba de la crisis económica, y también sobre cómo el contexto afectaba a las personas que llegaban para atenderse en los CAPS. Se enfatizaba en el aumento de consultas por crisis de ansiedad, consumo problemático de drogas y problemas nutricionales. Según quienes trabajaban cotidianamente en los CAPS, para llevar adelante los cambios que la Red pública de salud AMBA estaba proponiendo, era necesaria una alta cantidad de dinero y había desconfianza en que las inversiones llegarán alguna vez.

En aquellos primeros momentos, el proceso de construcción del rol de facilitación del que fui parte implicó un doble aprendizaje: por un lado, sobre los contenidos específicos que

planteaba el programa (metodología de investigación acción participativa (IAP), historia clínica electrónica, etc.). Por otro lado, sobre el funcionamiento interno de la Secretaría de Salud municipal, de los centros de salud y de la información específica sobre procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. Además, teníamos que poder aprehender sobre la APS para luego generar reflexiones en las *reuniones de equipo* sobre si se aplicaba o no la estrategia en el trabajo cotidiano en los CAPS y, si no se aplicaba, pensar acciones para lograrlo.

Quienes ocupábamos el rol de facilitación éramos profesionales de ciencias sociales y humanas sin experiencia en el campo de la salud, eso implicó un esfuerzo extra en la incorporación de nuevos conocimientos. Las características de la atención primaria de la salud y de los diferentes programas como el SUMAR, REMEDIAR, SAMO, Médicos Comunitarios, las estadísticas epidemiológicas y el sistema de turnos, entre otras cosas, fueron cuestiones prácticas vinculadas al funcionamiento de los centros de salud que se fueron incorporando como un conocimiento necesario para nuestra tarea. Las facilitadoras éramos percibidas como Otras en los centros, personas externas a ellos, 'extranjeras'. En varias ocasiones nos tildaron de 'macristas', que veníamos con la alegría de los 'globos de colores', 'etiquetas' que nos generaban enojo e incomodidad. La decisión general fue la de verbalizar la incomodidad corriéndonos de ese lugar en el que nos ponían. Formábamos parte de ese contexto de 'incertidumbre' y la inseguridad y la precariedad laboral por las formas de contratación eran temas de conversación frecuente entre nosotras. Tampoco se sabía si efectivamente las transformaciones que se anunciaban se iban a realizar. Es decir, compartíamos la mayoría de los miedos e inseguridades que nos transmitían los equipos de los centros de salud respecto de la realidad que les tocaba vivir a ellxs. Respecto a la decisión de incorporar profesionales de ciencias sociales y humanas como implementadoras, sin conocimiento en el campo de la salud, en principio podemos pensar que se argumenta en su conocimiento técnico para lidiar con la *complejidad social* del primer nivel de atención a diferencia de las *complejidades biomédicas* del segundo y tercer nivel. También, tomando la propuesta de los formuladores sobre la *Gestión Participativa Basada en Problemas*, podemos pensar que dichas profesiones tienen una tradición disciplinaria de reflexión sobre relaciones de poder, desigualdad social,

funcionamiento del Estado, vínculos sociales, entre otros saberes necesarios para llevar adelante la metodología que se estaba proponiendo. A su vez, el interés de los formuladores en el diálogo entre disciplinas podía ser otra motivación para la incorporación de dichas profesiones al funcionamiento de los CAPS. Hay que tener en cuenta que la idea de los formuladores a mediano y largo plazo era que las *facilitadoras* e *implementadoras* sean incorporadas como personal municipal contratado y trabajen de manera permanente haciendo un seguimiento a lo largo del tiempo del programa asegurándose que se consolide en el tiempo.

Como vimos, la manera en que el equipo de implementación decidió `entrar` a los centros de salud, fue a través de una reunión de presentación a los coordinadores de los CAPS y haciendo la *entrevista 0*, donde la dupla de facilitación asignada a cada CAPS según la zona donde estaba situado, se reunió con el coordinador que le correspondía para conocer su mirada sobre la realidad del CAPS y empezar a pensar cómo implementar la política. Respecto a las primeras reuniones que incluyeron a los trabajadores de salud, hablar sobre APS implicó también hablar de su experiencia en torno a la misma. La administrativa del centro mostró que la propuesta de AMBA no era nueva, muchos programas recientes iban en sentidos similares a lo que se estaba planteado.

En esas primeras reuniones se hizo visible la desconfianza inicial sobre la propuesta que se estaba presentando, era incoherente respecto a la crisis económica general y la situación de los centros de salud en particular. El rol de facilitación se estaba construyendo en base a los manuales y las capacitaciones que el coordinador del programa estaba brindando, pero, hasta ese momento, no se mencionó la incidencia que iba a tener la secretaría de salud en dicho rol. Los equipos expresaban falta de cuidado y la responsabilidad era de las diferentes gestiones, provincial, nacional y principalmente municipal.

Como vimos en los inicios del apartado, la construcción de registros fue parte constitutiva de la práctica de implementación. Las primeras reuniones con los trabajadores de los CAPS fueron para conocerlos, presentar las acciones que se querían llevar adelante y también reflexionar sobre las categorías de cuidado y APS. Luego de estas primeras reuniones las facilitadoras tuvieron que realizar otro trabajo que no tenía por finalidad

implementar el Modelo de Gestión y Atención sino mostrar el estado de situación de los centros de salud antes de iniciada la implementación. Esa actividad fue la construcción de un documento, la línea de base, que desarrollaremos a continuación.

### Instrumentos, tiempos y burocracias

La *línea de base* suele usarse por organismos gubernamentales, nacionales e internacionales, como instrumento para plasmar por escrito la situación previa a la ejecución de los cambios planificados en los proyectos. Muestra los valores iniciales, la “base” desde la que se parte, para luego hacer comparaciones con el desarrollo del proyecto con la idea de plasmar los “avances” y “mejoras” realizadas. A su vez, la *línea de base* funcionó como un instrumento que construyó un conocimiento sobre el sistema de salud del AMBA. Quienes formularon la política, afirmaban que había una *ausencia de disponibilidad de datos en el primer nivel de atención en todas sus dimensiones*. Por lo tanto, recogerlos de primera mano era una manera de revertir esta ausencia, considerada como problemática, para que luego la gestión estatal pudiera acceder a ellos y tomar decisiones.

A continuación, analizaremos la *línea de base* construida en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2018 en los centros de salud de la zona norte del municipio. Las facilitadoras hicieron observaciones, entrevistas individuales y grupales a: coordinadorxs, personal administrativo, medicxs, obstetras, trabajadores sociales y enfermerxs. Vamos a considerar la construcción de dicho documento como un proceso social donde se profundizó la presentación de la política a los destinatarios de la misma y se inició un conocimiento con los implementadores que luego se desarrollará a lo largo del tiempo. Además, la tomaremos como parte de un proceso de evaluación (Graeber, 2015) de la política en sentido amplio donde se define el diagnóstico local que sería “la base” desde la que se parte para luego generar *mejoras*.

Los datos obtenidos para producir la línea de base debían volcarse en una planilla cuyo formato y estructura estaban pre-establecidas. Por lo tanto, antes comenzar los relevamientos en los centros de salud, una socióloga capacitó a las *facilitadoras* de los



diferentes municipios sobre cómo completarla. Allí se explicó que las dimensiones a registrar iban en consonancia con los cuatro *ejes estratégicos* de la política: *infraestructura, sistemas de información, modelo de gestión y atención y recursos humanos*. En cuanto a la *infraestructura* los puntos a considerar eran, por ejemplo, si *el espacio de cada centro de salud resultaba adecuado para necesidades requeridas, si los consultorios se encontraban bien equipados, o si había dificultades para la conectividad*. En lo que refiere a ese eje, cada centro de salud tenía diferentes problemas, en uno de ellos, por ejemplo, no se podía tener muchos artefactos eléctricos encendidos porque saltaba el disyuntor, lo cual podía traer la complicación de que las vacunas se perdieran dada la necesidad de conservarlas en frío; otro de los centros, por estar ubicado en una casa muy antigua, tenía complicaciones con la humedad, en el sistema de calefacción y en la cantidad de consultorios, que eran pocos en relación a la demanda. Según el coordinador Raúl, *la infraestructura del lugar es muy precaria, es una casa con problemas de humedad, hay varios trabajadores con alergia y se les complica trabajar así*. Se observaba humedad en la mayoría de las paredes de los consultorios, pero era más grave en una especie de depósito donde se guardaba la leche en polvo. A su vez, la falta de espacio era un problema grave. Al respecto las facilitadoras registramos lo siguiente:

“Hay una sala que funciona como ‘guardia’ a demanda. En una puerta saliendo por un patio interno hay un pasillo chico que es usado por el psicólogo infantil para trabajar con los chicos. El coordinador compró un caloventor porque ‘no puede tener a los chicos en estas condiciones’. Atravesando ese pasillo hay una sala llena de cajas de leche en polvo, en los techos se ven manchas de humedad”

La falta de espacio traía como consecuencia que los niños que hacían diferentes tipos terapias grupales e individuales sean atendidos en los pasillos del CAPS. Para Raúl, las necesidades de espacio eran muchas: el número de consultorios necesitaba ampliarse, el espacio terapéutico para niños debía mejorarse y ampliarse, el del archivero de historias clínicas también, y la falta de un espacio específico para farmacia hacía que las administrativas entregaran los turnos junto con los medicamentos. Las facilitadoras también observamos los lugares de uso común, ya que en paralelo a la construcción de la línea de base se estaban empezando a hacer las *reuniones de equipo* y se necesitaba

espacio para realizarlas. La situación de la mayoría de los centros era similar en ese punto: *no hay lugar para hacer reuniones de equipo, en las salas más grandes no entran todos, a veces si hay, se puede usar la cocina*. En cuanto al equipamiento, en general había computadoras disponibles en el área administrativa, no así en los consultorios y la conexión a internet era discontinua, se cortaba frecuentemente.

Los puntos a registrar en la línea de base sobre el *sistema de información* eran sobre todo relativos a la gestión de turnos y la historia clínica. Los ítems a completar eran, por ejemplo, los tiempos de espera entre consultas, la *gestión de turnos*, la existencia o no de *turnos programados* y el modo en que se resolvía la *demandas espontánea*. Esta información se buscaba principalmente conversando y entrevistando al personal administrativo. El momento de asignación de turno en ventanilla empieza a las ocho de la mañana con el chequeo de los cuadernos en los que figura la disponibilidad de días y horarios por cada especialidad, para luego ofrecer los turnos en base a ello. Ante la falta de sistema informático, todo funcionaba manualmente. Los turnos podían ser de dos tipos: programados o por demanda espontánea, y en casos de mayor urgencia se les pregunta a los médicos si podían atender a la persona o no. Antes de la entrega de un turno, las administrativas hacían una serie de preguntas a quien lo solicitaba. Una era sobre la afiliación o no a una obra social ya que, en caso afirmativo, el municipio podía derivar a ésta un porcentaje de los costos de la consulta. Según una de las administrativas, *viene mucha gente con obra social porque le resulta más rápido venir a la salita y no tienen que esperar tanto*. Ir a la salita, como se les dice usualmente a los centros de salud, a veces puede resultar más rápido que ir a la obra social. Como los turnos en general se entregaban para el mismo día o como mucho a la semana siguiente, la espera era menor. El tema era que, para lograr obtenerlos, muchas veces había que hacer colas muy largas temprano a la mañana. Dependiendo del centro de salud, la modalidad de entrega de turnos era diferente, pero en general la fecha asignada no se extendía más allá de los quince días de haber solicitado el turno. Respecto a la cantidad de turnos disponibles por persona, la administrativa Carolina contaba que, *si viene una persona con veinte DNI por ejemplo se los tenés que dar. Los que colapsan son los psicólogos, ahora hay admisión*. El área de psicología era una de las más demandadas. Por eso, como veremos más adelante, la

entrega de turnos tenía otra modalidad. Las administrativas también preguntaban sobre el municipio de residencia, dado que, según una exigencia de la Secretaría de Salud, sólo se debía atender a los vecinos, no a gente de otro Municipio. Sin embargo, en la práctica, las administrativas se encontraban con reiterados cambios de domicilio hacia otros municipios de personas que se venían atendiendo hacía años en el CAPS, y eso era tenido en consideración dependiendo de la confianza y el conocimiento mutuo entre quien entregaba y quien solicitaba el turno.

El movimiento de personas entre municipios es parte de la migración que se explicó en el primer capítulo. Las personas deciden dónde atenderse de acuerdo a diferentes criterios que muchas veces no se ajustan a los requerimientos institucionales. Este tema se hace más visible en los centros que se encuentran cerca de estaciones de trenes o cerca del límite geográfico del municipio. Los CAPS situados cerca de los límites jurisdiccionales o cercanos a las vías de circulación hacia otras localidades, reciben personas de otros municipios porque el acceso a los medios de transporte, rutas y autopistas hace que la cantidad de tiempo que tardan en llegar sea menor. Según una psicóloga, la decisión de asistir a los CAPS que no son los más cercanos al domicilio que figura en el documento, se vincula con las reiteradas mudanzas de la población por temas familiares o por la dificultad en pagar los alquileres. Todo ello hace que el movimiento de la población sea constante, y las administrativas resuelven la tensión con lo establecido en función de un conocimiento que, si bien no llega ser personal, se trata de un saber que implica el conocimiento de quién merece continuar con su atención a pesar de que su documento de identidad indique que se ha cambiado de jurisdicción.

Laura Ferrero (2003) considera que hay una distinción en el plano de la temporalidad entre el exterior y el interior de las instituciones de salud donde el pasaje entre estos planos se opera a través de formas de comportamiento ritualizadas. Las instituciones de cuidado médico se basan principalmente en la organización del tiempo y las rutinas de trabajo, los comportamientos rutinarios son la base de la vida social cotidiana en el sentido de que reproducen valores y normas que explican, en gran medida, la continuidad y permanencia de las instituciones. Para la autora el dispositivo de asignación de la entrega de turnos

posee una función simbólica por ser la expresión dominante de la organización social del tiempo en las instituciones de salud ya que en torno suyo se concentra gran parte de las interacciones sociales. Para ella, el momento de la entrega de turnos puede ser considerado una “ceremonia de admisión” y un marcador del proceso de atención ya que:

“Establece la secuencia y el ritmo del trabajo, pauta la circulación en función del orden de llegada, determina quiénes estarán en condiciones de ser atendidos y quiénes no. De esta forma, funciona como un límite (constricción) impuesto por la institución a los usuarios que, aún con críticas y resistencias pasivas, lo aceptan” (Op cit 2003: 173)

En nuestro caso hemos visto cómo dentro de la normativa de la Secretaría de Salud, las personas que estaban en condiciones de ser atendidas eran las que tenían DNI con domicilio dentro del municipio. Sin embargo, el personal administrativo podía negociar la admisión de acuerdo a otros criterios como vínculos de confianza con ellas o los médicos, mudanzas o situaciones de urgencia en la que los pacientes no tenían turno previo. La entrega de turnos es la expresión simbólica de la organización del tiempo en las instituciones de salud (Ferrero, 2003) por lo tanto resaltamos el rol de las administrativas como las personas por excelencia conocedoras de los tiempos, organización e interacciones que suceden dentro del centro en relación con el afuera. En el próximo capítulo veremos cómo el tiempo destinado a las *reuniones de equipo* también se tuvo que crear y acordar entre todos los trabajadores de los centros, eso modificó las rutinas de trabajo en la que los tiempos dedicados a la atención en consultorio se modificaron por la incorporación de las *reuniones de equipo*.

Retomando el proceso de construcción de la *línea de base*, si bien los temas de las preguntas estaban pre-establecidos, las preguntas en sí mismas que se realizaban para obtener información eran abiertas. Por tal razón, en las conversaciones con las administrativas surgían también otros temas no necesariamente establecidos en el formulario. Así, por ejemplo, uno de estos temas implicaba su relación con los profesionales y los *usuarios*. Pese a que ellas no eran las que tomaban decisiones respecto de la organización de los turnos y los tiempos de consulta porque en general era un tema que resolvía el coordinador del centro, muchas veces por ser las que organizaban la turnera, eran las que recibían las quejas de los *medicxs/obstetras* cuando había cambios

de horario o incorporación de algún paciente que no estaba planificado previamente. Además, muchas veces recibían quejas del público por la negativa a ser atendidos por guardia, o también cuando se quedaban sin turno o sin medicación. *Las personas se ponen nerviosas y no se les dice cuándo van a volver a llegar los remedios porque muchas veces no lo sabemos. Puede ser que las personas pidan el teléfono del centro, pero muchas veces no tienen con que llamar, estamos rodeados de asentamientos, villas y por ahí no tienen.* Entonces, los primeros relevamientos ayudaron a las facilitadoras a conocer en más detalle el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria. En el caso de las administrativas, mostró que cumplían un rol fundamental, tenían un conocimiento detallado de la organización del centro de salud, a su vez, eran las primeras que recibían a las personas que querían ser atendidas, podían facilitar su llegada u obturarla. Es decir, tenían la posibilidad de flexibilizar o no las normas que la Secretaría de Salud imponía. Respecto al vínculo que entablaban con las personas, su conocimiento no era un conocimiento sanitario, sino “social”, a pesar de no ser profesionales. Conocían a la gente con la que interactuaban, e incidían así en forma intensa en el desarrollo del servicio de salud brindado a la población.

Según Isabel, la salud mental es un gran problema en cuanto a la disponibilidad de turnos. Es una carga para los que atendemos en ventanilla, el miércoles el teléfono no para de sonar y la gente se enoja. La alta demanda del área genera que, dependiendo el caso, la atención se demore en el tiempo. En una entrevista grupal realizada por las facilitadoras, una de las psicólogas del centro contó que ella entrega los turnos en función de *las particularidades que tiene la disciplina en comparación con otras. Para ella, el llenado de datos personales a veces puede resultar un problema porque cambian mucho de número de celular, y por la espera que hay en la especialidad puede pasar que, en el ínterin, cambian de número y se pierde el seguimiento.* Frente a los problemas con la disponibilidad de turnos en salud mental, en uno de los centros decidieron reorganizarlos en acuerdo con la coordinadora del área incorporando primero una *entrevista de admisión* y, dependiendo si *el dispositivo* estaba lleno o vacío, se ofrecían *turnos programados o de demanda espontánea* con horarios y días definidos. La idea de una entrevista de admisión

fue la de *separar la demanda discriminando cuál es real y cuál no* y, de acuerdo a la complejidad del caso, derivarlo a hospitales que atiendan patologías más complejas.

“A los pacientes con psicosis los mandás al hospital y te dicen que no hay lugar, es un problema de salud mental en general, tenés dos opciones: o los atendés seis meses o se quedan sin atención. Nosotros tomamos la decisión de seguir atendiéndolos, pero también es un turno que no se libera” (psicólogo)

Las consultas o prestaciones de salud mental duran seis meses por paciente y son limitadas en el tiempo por las largas listas de espera que tienen. Para lxs psicólogxs, el tiempo de tratamiento resultaba insuficiente para el caso de patologías graves y era difícil conseguir que se continúe el tratamiento en hospitales. El problema era que, si decidían que el paciente siguiera atendiéndose en los CAPS, el tiempo de espera se alarga. La falta de *integración* del sistema respecto al conocimiento de la disponibilidad de turnos en hospitales, así como la falta de profesionales psiquiatras y psicólogos en el segundo nivel hacía que tuviera que buscar un equilibrio entre la disponibilidad de turnos, la duración del tratamiento, y complejidad de los casos. El trabajo de la coordinación de salud mental municipal era tramitar camas de internación o tratamiento utilizando *canales informales*: llamadas telefónicas o contactos personales, para tratar así de encontrar aquél equilibrio buscado, algo que rara vez se percibía que ocurriera realmente. En este caso también, la coordinadora del área de salud mental recurre a otro tipo de saber que pone en práctica en su trabajo, un saber que comprende el conocimiento personalizado de agentes de salud de diferentes instituciones. Esos canales informales se generaban entablando vínculos que la coordinadora de salud mental se encarga de conservar y son parte de su trabajo. Es un saber que le permite dar respuesta y derivar a los pacientes que necesitan tratamiento que ella por cuestiones de fallas edilicias o de personal no puede dárselo. Es un tipo de conocimiento, un conocimiento personal de las instituciones de salud que necesita tener para poder solucionar las enfermedades de los *pacientes*, un saber que no es estrictamente técnico de su profesión de psicóloga, sino vincular, un saber relacional.

Por su parte, la realización de *estudios complementarios*, como tomografías, resonancias magnéticas y mamografías puede ser motivo de complicaciones en la atención. Una

ginecóloga comentaba que, al pedir una mamografía de control en el hospital provincial de la zona, *tardan más de tres meses en dar el turno*, y para casos graves puede que se complique el cuadro para ese tiempo. Para ella, los tiempos podrían acelerarse si los contactos entre medicxs fueran más fluidos:

“Cuando tuvimos la presentación del programa de detección de HPV estaba la jefa de ginecología del hospital, me dio el teléfono, se disculpó y me dijo que cualquier cosa le avise para mandar un paciente que necesita estudios urgentes. Si bien la reunión era para otra cosa sirvió porque conocimos a los referentes de cada lugar, del hospital municipal, del provincial y de otros caps” (medica)

Según me comentaron en reiteradas ocasiones, la falta de turnos y la espera para los estudios en el hospital es uno de los principales motivos de abandono del tratamiento. Ante esta situación, el contacto entre profesionales de diferentes niveles del sistema permite conseguir turnos rápidos para urgencias. Nuevamente, podemos apreciar que se valora el conocimiento personal para conseguir turnos y aumentar la rapidez de la atención. Sin embargo, este contacto personal entre centros de salud y con el hospital zonal no es frecuente ni por lo tanto suficiente para contrarrestar los problemas relativos a la calidad de la atención, la continuidad de los tratamientos, el tiempo de la consulta, las esperas entre cada una de ellas, o las derivaciones hacia centros de mayor complejidad, etc. Respecto al contacto con trabajadores de otras instituciones en salud ubicadas en el mismo territorio, es similar a lo que vimos con la coordinadora de salud mental. Ella entablaba vínculos con hospitales de otros municipios para conseguir camas de internación o para obtener turnos con psiquiatras porque en su municipio no había suficientes turnos. Esos canales de comunicación institucional no formalizada, basados en vínculos de confianza y conocimiento personal, no aparecen contemplados en las burocracias, pero forman parte del trabajo cotidiano de algunos agentes de salud.

Como adelantamos, la línea de base focalizaba también en el estado de los sistemas de información. Entre otras cuestiones, y como estaba planificado implementar la historia clínica electrónica, hubo que relevar y registrar, justamente, temas relativos a la manera en que se creaban las historias clínicas: *usos y valor de la historia clínica en papel*,

*expectativas sobre la historia clínica electrónica, sus ventajas y los tipos de registros que existen en los centros además de la historia clínica.* Las facilitadoras, primero, consultaron a las administrativas respecto a las rutinas de uso de las historias clínicas quienes, al terminar el día, buscaban en el archivero los pacientes que tenían turno al día siguiente, y las separaban para entregarlas a cada médico al momento de la consulta. El archivo de historias clínicas estaba ordenado por número de documento o número de historia, dependiendo de cada centro. Podía suceder que una historia en particular no fuera encontrada, y se tenían que elaborar nuevas. Eso generaba discontinuidad en el registro y archivo de historias clínicas, dado que la nueva historia clínica de un paciente ya atendido se abría en blanco. Estas cuestiones fueron charladas en las entrevistas para la *línea de base* por parte de las *facilitadoras* que las registraron en planillas. Esos registros del *uso de la historia clínica* y las dificultades que el *uso* tenía para los agentes de salud justificó y legitimó la intervención de la política frente a quienes leerían las planillas. Las planillas completas de la *línea de base* argumentaron porqué era necesario que se modifique la historia clínica en papel y pase a ser electrónica. Fue una manera de argumentar que se podía aumentar la rapidez y hacer más eficiente la burocracia en los CAPS.

Además, las administrativas comentaron que algunos registros relativos a programas estatales suelen estar informatizados y manejan registros digitales propios. El programa SUMAR, por ejemplo, funciona enviando dinero a los centros de salud en base a la cantidad y tipo de casos atendidos. El 25% corresponde a las personas que cargan en el sistema los datos de las prestaciones, en la mayoría de los centros de salud ese trabajo lo hacen las administrativas. En las entrevistas cuentan que años atrás, el dinero del SUMAR se usó para comprar equipamiento como por ejemplo aires acondicionados, pero hacía tiempo que esa plata no estaba llegando pese a que las cargas de casos atendidos se realizaban regularmente. En muchas ocasiones, el trabajo de carga de datos para obtener beneficios los diferentes programas era parte del trabajo de las administrativas, tarea que se sumaba al trabajo de búsqueda en el archivo de historias clínicas, preparación y colocación en consultorios, entrega de turnos en ventanilla y modificación de turnera semanal con días y horarios de profesionales, atención telefónica y conocimiento sobre



disponibilidad de medicación, así como contención de las personas por tardanzas y faltas de médicos.

Las facilitadoras también debíamos registrar, como ha quedado enfatizado. Además de llenar la planilla de la línea de base con ítems que se relacionaban con *sistemas de información*, otros ítems a completar correspondían a las *prácticas profesionales* dentro de los CAPS siendo una de las preguntas relativa a los temas sobre los cuales el/la Jefe/a o coordinador/a tomaba decisiones. Como se mencionó anteriormente, en los centros de la zona cumplían la función de coordinadores un ginecólogo, una trabajadora social y recientemente una enfermera. Algunxs entraron con una gestión en particular, supieron adaptarse a los cambios políticos municipales y permanecieron en su puesto a lo largo del tiempo. En varias ocasiones escuché que estaban interesados, o ya habían realizado, la especialización en “gestión hospitalaria” como “perfil” asociado a la gestión. Aunque cobraban lo mismo que otros profesionales, los coordinadores tenían tareas diferentes como: definiciones de días y horas de trabajo, organización de la turnera, decisiones sobre la implementación de los programas provinciales y municipales negociando previamente con los médicos, pedidos de insumos y materiales, mediación de conflictos internos y, con la secretaría de salud, comunicación de capacitaciones. También incidían sobre la duración de cada consulta, y cuántos pacientes atender por día. Este último punto es central por la *sobrecarga* de trabajo que, en general, experimentan los médicos. Sobre su rol, la trabajadora social dice:

“El director anterior era Dr. Durand, ahora está en el materno infantil, cuando se fue de acá, quedó otro médico (Lamel) que no ejercía como coordinador porque no le pagaban por eso, entonces solo atendía, por ese motivo no había estrategias de APS. Yo cuando llego trato de levantar el centro y consolidar el equipo”

Estos dichos dan cuenta que, para la coordinadora, como para varios de los profesionales, es importante el rol de coordinación para que en los centros de salud se efectivice y se lleve adelante la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Otro de los ítems a llenar en la línea de base se relacionaba con las *actividades comunitarias*, las *campañas de promoción y prevención de Salud* y las *reuniones de*

*equipo*. Recordemos que, según el anteproyecto de la política y los manuales de implementación, sólo un treinta por ciento de los centros de salud del AMBA realizan actividades extramurales semanales. Sobre este punto, una médica pediatra pronta a jubilarse dijo que, si bien *trabajo comunitario o extramuros* era importante, no era algo frecuente en los CAPS del municipio. En las entrevistas, los trabajadores contaron que eran inexistentes o muy esporádicas, generalmente a pedido de la gestión municipal o provincial. Dependía, entonces, de `la gestión` tanto de los coordinadores como de la secretaría de salud. El *trabajo comunitario* también era una cuestión sujeta a la demanda de los pacientes. Según una de las medidas para hacer las actividades extramuro necesitaría dejar un día libre, pero se me acumulan los pacientes. Cuando se preguntó por las *reuniones de equipo* los trabajadores de los centros en general dijeron que no había. En el caso de una pediatra, contó que trabajaba *hacía más de diez años en el centro, pero nunca se hicieron reuniones de equipo*. En uno de los centros a veces cocinaban pizzas los días viernes como espacio de socialización y, eventualmente se reunían, pero, según una administrativa, eran reuniones más bien informativas. *Las reuniones no son para trabajar malestares o bienestares, son por sector, y sólo cuando hay algo que compete a ese sector*.

Según la experiencia de la médica pediatra, las reuniones son espacios necesarios, pero en general toma tiempo armarlos y puede ser que se generen discusiones o tensiones interpersonales. Esa misma médica habló de la disposición y motivación que los profesionales pueden tener para incorporar nuevas prácticas de trabajo como *reuniones de equipo*. Según ella en las reuniones se pueden hacer que surjan nuevas prácticas de trabajo, pero los bajos salarios pueden influir como desmotivadores. Para las *facilitadoras* saber si en algún momento las reuniones se habían hecho o no en cada CAPS, si era parte de su rutina, quien las había impulsado, las dificultades en sostenerlas a lo largo del tiempo, era información relevante para dar sentido a las acciones futuras. Según el diseño de la política, las reuniones eran condición necesaria para que la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* se efectivice, a su vez, era una manera de fomentar la *interdisciplina* y el abordaje integral de la salud. Sobre este punto, una de las ginecólogas contó que *no conoce a una parte del equipo porque no le coinciden los horarios y días de*

*trabajo*. Cuando los horarios eran muy fragmentados no se conocían entre ellos, y sucedía que, aunque la cantidad de trabajadores de cada centro no superara las treinta personas, rara vez compartía el mismo tiempo en el mismo espacio entre todos. En ese sentido la propuesta de la política de aumentar las horas de trabajo en cada centro de salud era una forma de dar respuesta a esa falta de conocimiento entre compañeros y también del “territorio”. Para los trabajadores profesionales, los intercambios entre compañeros se daban sobre todo en las *interconsultas*. La ginecóloga valoraba positivamente la presencia de una trabajadora social y psicóloga en su horario, porque podían articular juntas la atención de adolescentes. *Cuando veo algo le pido a la psicóloga que vea a la paciente, hay situaciones que se pueden resolver en el momento*. Por su parte, el psicólogo de uno de los centros contó que no se hacían reuniones de equipo allí, pero que se juntaban todos los psicólogos del municipio una vez por mes en la secretaría de salud incentivados por la coordinadora de salud mental. Como mencionamos, la *interdisciplina* era un punto a fomentar de parte de la política. En dos de los centros contaron que no tenían reuniones y en el otro que eran esporádicas y más bien informativas de parte de la coordinación. El intercambio entre profesionales era considerado positivo, pero se hacía más que nada por casos particulares para saber la opinión de otro profesional y también para derivaciones. Los trabajadores que se reunían de manera sistemática y organizada todos los meses eran de salud mental.

La *línea de base* fue un diagnóstico local sobre la situación de cada centro respecto a los ejes que se querían implementar. Mostró la `base` que se intentaba modernizar, los aspectos que se querían cambiar. Simultáneamente, fue un documento que se construyó en los inicios de la implementación y oficio de control burocrático, evaluación y auditoría. Para Graeber (2015) las burocracias reafirman el *status quo* encargándose principalmente de *evaluar cosas*. Están continuamente *valorando y midiendo* los méritos relativos a diferentes planes y propuestas. En este caso, la línea de base fue el inicio de un proceso de evaluación, para medir los méritos relativos a la implementación de la política en un futuro. A su vez, también ofició de *auditoría* y control burocrático para mostrar a organismos nacionales e internacionales que la implementación efectivamente se estaba realizando.

Respecto a la construcción de documentos gubernamentales, Villalta y Musoppapa (2011, 2022) plantean que todo documento estatal está inscripto en una red de relaciones sociales. Teniendo en cuenta que la *línea de base* se desarrolló en los inicios de un proceso que implicaba cambios institucionales y vinculares, tuvo un significado diferente para los actores que formaron parte de él. Por un lado, formó parte de la presentación de la política a los trabajadores, quienes conocieron a las implementadoras con las que trabajarían los próximos dos años. Las numerosas entrevistas ayudaron a la presentación mutua en un ambiente íntimo ya que de cada una participaron como máximo cinco personas, dos facilitadoras y tres agentes de salud. Considerando que todo documento estatal está inscripto en una red de relaciones sociales (Villalta y Musoppapa, 2011, 2022) el proceso de producción de la línea de base fue el inicio de cambios vinculares entre implementadoras y destinatarios de la política. Para los trabajadores implicó responder preguntas y exponer su visión sobre la situación de los centros, lo que se hacía (y lo que no). La categoría *reunión de equipo* comenzó a instalarse tanto en la práctica como en lo discursivo. A su vez, fue un momento en que reflexionaron sobre las cuestiones que en un futuro se iban a transformar, *historia clínica* en papel, *trabajo extramuro*, cantidad de tiempo que duran las consultas, entre otros. También fue un momento donde expresaron disconformidades otorgando responsabilidades a los funcionarios municipales como por ejemplo la falta de obras de infraestructura o falta de tiempo en las consultas médicas.

Por su parte, el análisis etnográfico nos permitió identificar tareas y saberes que no figuraban en los documentos burocráticos como la *línea de base*. Consideramos el momento de entrega de turnos como una “ceremonia de admisión” (Ferrero L, 2003) que posee una función simbólica al ser la expresión dominante de la organización social del tiempo en las instituciones de salud. Las administrativas al ser las encargadas de la asignación, tienen el poder de negociar y poner límites al ingreso de acuerdo a criterios que ondulan entre el conocimiento personal de los pacientes, la norma dictada por la Secretaría de Salud y los acuerdos con los diferentes profesionales que atienden en consultorios o con el coordinador del CAPS. Son poseedoras de un conocimiento privilegiado respecto a las interacciones sociales entre el adentro y el afuera de los CAPS, así como los tiempos y su organización. En este sentido, identificamos cómo la

coordinadora del área de salud mental y la médica ginecóloga recurren a un conocimiento vincular y lo consideran importante en su práctica de trabajo. Un saber que comprende el conocimiento personalizado de agentes de salud de diferentes instituciones. Ese conocimiento permite dar respuesta a los problemas en salud de los *usuarios*, aunque no es estrictamente técnico de sus respectivas profesiones, sino vincular, un saber relacional.

Dado que las *facilitadoras* no tenían experiencia de trabajo en instituciones de salud, conocer el trabajo cotidiano de los centros en palabras de las médicas, obstetras, enfermeras, etc. permitió observar cómo funcionaba un Centro de Atención Primaria de Salud en la práctica. Preguntar si se hacía trabajo `extramuro` y `actividades de promoción y prevención` era una forma de empezar a encuadrar la práctica de trabajo que efectivamente se estaba llevando adelante en los CAPS con lo que la Red Pública de Salud AMBA a través de los manuales consideraba que era “hacer APS”. Fue un momento en que las facilitadoras pudieron relacionar la información transmitida en la etapa de capacitación, antes de ingresar a los CAPS, sobre la estrategia de APS y lo que efectivamente sucedía en los CAPS. Al respecto, los comentarios de trabajadores y coordinadores coinciden en la importancia del rol de coordinación de los CAPS para que se efectivice la estrategia de APS. Además, se empezaron a conocer las cuestiones que los agentes de salud consideraban “problema”, como ser, el deterioro de los edificios, las dificultades que implicaba entregar turnos a personas de otros municipios, la alta demanda de salud mental, las demoras para estudios complementarios, la desarticulación con el hospital de la zona, la dicotomía entre cantidad y calidad de atención, la cantidad de papeleo que tenían que llenar los profesionales, el desconocimiento sobre las vacunas dadas por problemas en los tipos de registros, las jerarquías y toma de decisiones internas, fue una manera de adentrarse al trabajo cotidiano en los centros y a los usuarios del sistema de salud.

En los inicios del capítulo hemos visto que instalar la *lógica de APS* en los términos que la política pretendía, incluyó capacitar a las facilitadoras antes de entrar en contacto con los CAPS dado que ninguna de ellas tenía experiencia de trabajo previa en el primer nivel de atención. Eso implicó, además, capacitarse sobre la tradición profesional en torno a la

*estrategia de APS*, sus políticas y conceptos más importantes, pensar e idear estrategias en cómo instalarla. Los coordinadores de los CAPS fueron los primeros que entraron en contacto con los implementadores a partir de la reunión en la Secretaría de Salud y posteriormente en una entrevista personal, la *entrevista 0*, con las facilitadoras que le fueron asignadas. Para los trabajadores de salud, la primera etapa de implementación de la política, implicó hablar de su práctica de trabajo cotidiana en los CAPS. Ellos querían mostrar cuál era su realidad, *lo que pasaba*, se hablaba de las precariedades cotidianas, *no hay ni para el papel higiénico, hacemos grupos terapéuticos en un pasillo sin calefacción, no hay lugar, las personas que atendemos están cada vez peor*. Frente a esa realidad las políticas sanitarias, incluyendo la gestión de la secretaría de salud, tenían responsabilidad. En esa línea, las implementadoras ingresábamos a los centros habilitados por una gestión política municipal y provincial que, hasta hace poco tiempo, había echado trabajadoras sociales, psicólogas y para varios de los trabajadores “no cuidaba”. El grupo de implementadoras era un actor externo a la dinámica cotidiana de los centros de salud, venía con promesas de transformación y cambios que, a ojos de muchxs trabajadores de la salud, eran incoherentes con la realidad social y económica de aquellos momentos. Respecto a la *línea de base*, permitió que quienes trabajaban en los centros conozcan un poco más a las facilitadoras y viceversa, al ser preguntas abiertas las charlas y entrevistas duraron bastante tiempo. Para ellas, implicó conocer más en detalle el funcionamiento de los centros de salud. La línea de base como instrumento y documento de implementación preguntaba sobre algunos aspectos del funcionamiento de los centros relacionados con los *ejes estratégicos* de la política, por lo tanto, además de un documento que servía a los organismos para evaluar a la política, también fue un diagnóstico local y formó parte de la práctica de implementación misma, comenzó a instalar categorías y a poner en discusión la situación de los centros en torno a los temas que en un futuro se iban a modificar.

Para Shore (2010) las políticas construyen nuevas categorías de subjetividad y nuevos tipos de sujetos políticos. Las personas son categorizadas, clasificadas y reguladas por procesos de política pública donde se asignan identidades particulares a individuos y grupos específicos; a su vez que se construyen esas identidades. En el próximo capítulo veremos como la categoría *reunión de equipo* se instaló en los CAPS durante la

implementación. Las reuniones eran la condición necesaria para que los destinatarios de la política, los trabajadores y la *comunidad*, participe en la gestión de los CAPS. La *participación* estuvo atravesada por tensiones propias de un campo donde actores con diferentes lógicas y saberes entrarían en conflicto. A su vez, veremos como las acciones que se llevaron a cabo durante los dos años que durante aquellos años tuvieron un correlato espacial al querer transformar la forma de atención de los CAPS.

### **Capítulo III: La construcción de *proformas* para gestionar**

La utilización de un lenguaje específico forma parte del proceso de categorización que poseen las políticas. En ese sentido, atenderemos al lenguaje ‘técnico’ y ‘objetivo’ utilizado en los documentos y reuniones de implementación ya que nombran formas de acción que tienen que realizar personas, en este caso los trabajadores de la salud, implicando nuevas formas de relacionarse, de pensar y de hacer. En ese lenguaje entonces, hay implícito un tipo de sujeto, un sujeto “gestor participativo” un tipo de trabajador de la salud que se quiere construir. Como vimos, ese lenguaje utilizado en los manuales apela a implementar la *Gestión Participativa Basada en Problemas y construir contextos para la co-gestión*. Considerando que los destinatarios de dicha categorización son los trabajadores de la salud nos preguntamos ¿Cómo se llega a ser un *gestor participativo en salud*? ¿Qué implicancias tuvo para los agentes la puesta en práctica de esta categorización? Dichos interrogantes nos guiarán a lo largo del presente capítulo.

A continuación, nos centraremos en cómo se llevó a cabo la implementación de la participación en los Centros de Atención Primaria de la Salud. Para eso retomaremos los análisis de Trentinin F., Giñazu S. y Carenzo S. (2022) quienes plantean que el concepto de “participación” en políticas públicas es habitualmente entendido como una forma particular de relación, interacción e involucramiento entre diferentes actores, aunque principalmente entre el Estado y la sociedad civil. Es un concepto ampliamente abordado desde diferentes disciplinas y debe entenderse dentro de un proceso más amplio donde las políticas públicas participativas forman parte de procesos organizativos y demandas que en Latinoamérica acompañaron la crisis del modelo neoliberal. Frente a esto, diferentes agencias gubernamentales e internacionales de financiamiento, promovieron instancias de participación ciudadana y modos de gestión participativos o co-gestión. Como vimos, La Red pública de salud AMBA financiada por el BID y PNUD sigue los lineamientos internacionales de la OMS y OPS respecto a la construcción de *Redes Integradas de Servicios de Servicios de Salud*. Simultáneamente en sus manuales plantea que *la co-gestión es la principal característica de la política*. Retomamos la perspectiva de los autores ya que discuten con la visión tecno-cognitiva lineal, transferencista y en muchos



casos romanizada de la participación proponiendo analizarla de manera situada teniendo en cuenta "las especificidades de acuerdo a cómo y quién lo utilice, enuncie, retome o aplique y en qué contextos lo haga" (Trentini; Giñazu; Carenzo 2022: 9). Proponen un análisis de la participación centrado en el "diálogo de saberes" y "construcción de conocimiento" donde el saber científico y legitimado se imbrica con saberes "otros" como los indígenas, campesinas/os, cartoneras/os, tecnólogas/os, funcionarias/os. En esos espacios de encuentro, las personas involucradas se esfuerzan por construir formas de colaboración y diálogo que no reproduzcan los sesgos de subordinación históricas asociados a las formas de conocimiento legitimadas tecno-científicas "occidentales". Según los autores, muchas de las políticas participativas son analizadas como diálogo de saberes de una manera cristalizada y dual entre formas de conocimiento "tradicional" y otro polo "científico" que homogeniza a los sujetos de manera esencialista. Esta mirada normativa no da lugar a "las apropiaciones, reelaboraciones, préstamos y síntesis que se producen en las situaciones concretas de interacción" (Carenzo y Trentini, 2020). Analizar las interacciones nos permite ver cómo las políticas participativas y "el diálogo de saberes es una arena de disputa, más que el horizonte normativo que estos proyectos pretenden" (Op cit. 11: 2022). En nuestro caso, dar cuenta de las interacciones nos permite identificar cómo los saberes de las trabajadoras de los CAPS como obstétricas, enfermeras, nutricionistas, médicas, entran en diálogo en una reunión de equipo durante la implementación y qué sucede cuando se suman los saberes y experiencias de trabajo de las *facilitadoras*. A su vez, nos permiten examinar de qué manera las jerarquías institucionales como ser el poder ejecutivo municipal, el rol de la Secretaría de Salud y la coordinación de los CAPS interviene en la implementación de la política y en la cotidianidad de los centros de salud.

Menéndez, E. (1990) entiende por Modelo Médico Hegemónico al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica la cual ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado. El principal rasgo estructural del Modelo es el biologicismo, aunque presenta otros rasgos como son la concepción teórica evolucionista-positivista, la ahistoricidad, la asociatividad, el individualismo, la eficacia

pragmática, una tendencia a la escisión entre teoría y práctica, y una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, entre otros. Como toda hegemonía, el Modelo requiere de un proceso formativo continuo para sostenerse, y ello a través de instituciones de todo tipo, principalmente las educativas que lo transmiten a través de su contenido curricular. Good B. (2003) en su trabajo “Cómo construye la medicina sus objetos” analiza la enseñanza universitaria en medicina señalando que, desde los primeros años de formación, se estudian las ciencias básicas biomédicas donde la enseñanza de la biología se incorpora a partir de un determinado modo de ver el cuerpo. Posteriormente, en los años de formación clínica, los actos verbales más importantes no son las entrevistas con los pacientes en consultorio, sino la presentación de casos clínicos frente a colegas donde se presenta la enfermedad como el objeto de estudio y de práctica médica. Una consecuencia de ello es la falta de atención al mundo vital del paciente y su consecuencia es “la rutina práctica racional”.

Al ser hegemónico, el modelo tiene influencias en el resto de los agentes de salud y no sólo en los médicos ya que estructura la práctica de trabajo. Dentro de las líneas de acción de la política estudiada, la formación ocupó un rol importante, pero presentándose de manera diferente a lo descrito por Good. La idea era que los equipos aprendan a gestionar su trabajo cotidiano, se consoliden los conocimientos sobre APS y planifiquen los trabajos comunitarios basándose en proyectos contruidos desde dicha metodología. Para transmitir los conocimientos se incorporaron perfiles profesionales de las ciencias sociales y humanas, las *facilitadoras*, quienes eran las personas con la expertise indicada para llevar adelante dicho proceso de aprendizaje.

En el presente capítulo explicaremos cómo se llevó a la práctica la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* a través de la construcción del instrumento *proforma*. En dicho proceso participaron enfermeras, obstétricas, médicas de diferentes especialidades, nutricionistas, administrativas, coordinadoras de CAPS y facilitadoras. Desde un punto de vista metodológico, los materiales analizados fueron los documentos de la implementación tales como *minutas de reunión*, *proyectos comunitarios* y *proformas*. En la elaboración de los documentos tuve una participación activa junto con

otras facilitadoras. Además de los documentos, analizaré los registros de campo que construí simultáneamente a cómo se sucedían los hechos en el año 2019 que luego fueron reconstruidos durante el año 2021. En el presente capítulo se hará énfasis en uno de los CAPS especializado en la salud materno infantil. En el caso del CAPS que analizaremos se realizaron tres *proformas* durante el año 2019 las cuales se titularon de la siguiente manera: *Dificultad de controles de salud y adherencia a tratamientos en la adolescencia en salud sexual y reproductiva*, *Falta de hierro por problemas en el circuito de medicamentos* y *Fallas para la incorporación de hábitos de alimentación saludable en los controles de salud*. Uno de los motivos por el que se hizo una *proforma* sobre salud sexual fue por ser una *manera de prevenir el abuso sexual infantil*. Dicho tema será desarrollado en el capítulo cuatro cuando analice el proceso participativo generado a través de la *mesa interinstitucional*, por eso en el presente capítulo nos detendremos sobre todo en la *proforma de alimentación saludable y falta de hierro*.

#### Problematizar la alimentación y el puerperio

Como hemos mencionado anteriormente, en el mes de mayo del año 2018 comenzó la implementación de la política en el municipio donde se realizó el trabajo de campo. En un principio se llevó a cabo la capacitación al equipo de *facilitadoras* e implementadoras y luego, en el mes de junio, se inició el contacto con los CAPS comenzando con las *entrevistas 0* y siguiendo con la *línea de base* que terminó en el mes de diciembre. La descripción que haremos en el presente capítulo aborda el desarrollo de las *reuniones de equipo*, temporalmente realizadas entre finales del año 2018 y la totalidad del año 2019. Lo sucedido durante el año 2019 se puede caracterizar como una fase de consolidación de la política ya que allí se reforzó y profundizó el proceso de implementación iniciado el año anterior. La *Gestión Participativa Basada en Problemas* era la metodología a implementar, *pensar en problemas* fue la forma que tomaron los diálogos en las reuniones desde los inicios. La metodología se materializó en la construcción de tablas de sistematización denominadas *proformas* descripta en los manuales. El proceso social de construcción de dichos documentos será el objeto de análisis del presente capítulo. Describiremos lo sucedido atendiendo al proceso de construcción de conocimiento que

desarrollaron implementadores y destinatarios en los CAPS, así como las tensiones y discusiones que generó.

En el año 2018 cuando las facilitadoras tomaron contacto con los CAPS, hicieron preguntas directas hacia lxs trabajadores sobre su punto de vista acerca de los *problemas* más frecuentes de salud de la población que asistía a los CAPS. En ese momento la concurrencia a las reuniones fue alta, estaban presentes la mayoría de los trabajadores ya que se acordó en la *entrevista 0* con la coordinadora generar un *horario protegido* para la asistencia. Luego el acuerdo respecto a días horarios de las reuniones lo realizaron las *facilitadoras* al finalizar cada reunión con lxs participantes de las mismas. La negativa a participar de las reuniones en general se relacionó con conflictos internos con la coordinación de los centros de salud, peleas entre compañeros o también desacuerdos con la propuesta salarial presentada por la Secretaría de Salud para cumplir con el eje *recursos humanos* de la política. Cuando las *facilitadoras* preguntaron por los *problemas* más usuales de la población las respuestas fueron: consumo de drogas, *obesidad infantil*, *embarazo adolescente*, dificultades pedagógicas y de estimulación en niñxs, diabetes, violencias, dificultades en el seguimiento de controles pediátricos y, en los últimos tiempos, sífilis. La *obesidad infantil* fue uno de los *problemas* que más señalaron los tres CAPS donde hicimos el trabajo de campo, pero fue uno de ellos el que lo eligió como tema a trabajar en la *proforma*.

Los comentarios y opiniones sobre los motivos que giraron en torno a este *problema* se empezaron a expresar desde las primeras *reuniones de equipo* en el CAPS durante el año 2018. Respecto a la intervención de las *facilitadoras*, cuando se hablaba de la *obesidad infantil* ellas preguntaban por las instituciones del barrio con el que el CAPS se podía vincular para dar respuesta, también se consultaba por las *causas y consecuencias* con la idea de construir el *árbol de problemas* y posteriormente la *proforma*. El *árbol de problemas* se trata de una dinámica que busca llegar a un consenso grupal sobre los *problemas* más importantes que tienen los equipos de salud. Se dibuja un árbol esquemáticamente y jerarquiza para poder identificar visualmente más fácil, las “consecuencias” en la copa y las “causas” en las raíces. Llenar la tabla *proforma* era parte de los requisitos para cumplir con el eje *Modelo de Gestión y Atención*. Dentro de las

primeras veces que se mencionó el tema, una pediatra del CAPS habló de la cantidad de hidratos de carbono que consumían lxs niñxs y que el *circuito de derivación* entre pediatría y nutrición no estaba funcionando bien, había que mejorarlo. También decían que el aumento de índices de obesidad tenía que ver con la falta de información ya que las personas no consideraban la obesidad como un inconveniente en su salud. En el caso de los niñxs, desde pediatría se derivaba a la nutricionista, pero según ellas la gente no iba o no continuaba con el tratamiento. En una de las reuniones, mientras se hizo el *mapeo colectivo*, se habló del sedentarismo asociado a la obesidad lo cual se podía prevenir con actividades deportivas al aire libre o en clubes<sup>27</sup>. Respecto al centro deportivo municipal, la radióloga del Centro Materno Infantil vecina del barrio, dijo que está ubicado en un lugar inseguro entonces *las personas no van*, contó que ella antes salía a correr a la plaza del barrio y que le robaron tres veces. En las primeras reuniones de equipo las *facilitadoras* identificaron que los motivos por los cuales aumentaban los casos de obesidad y sedentarismo eran diversos, algunos de ellos dependían directamente del centro de salud como las trabas en los circuitos de derivación entre profesionales, y otros, se vinculaban con dificultades económicas de la población y la inseguridad del barrio.

En el mes de septiembre del 2018 las *facilitadoras* recibieron la noticia que el intendente iría a los centros de salud a presenciar las reuniones. Como la alimentación era uno de los temas que se venían hablando, las implementadoras planificaron el encuentro en base a ese tema. Ese día asistieron la psicóloga, la coordinadora del centro de profesión enfermera, la radióloga, cuatro administrativxs, dos licenciadas en obstetricia, una en nutrición, una médica generalista, una encargada de farmacia, el intendente del municipio, el director de APS, tres *facilitadores* y el coordinador de implementación. En reuniones previas a la visita del intendente, la radióloga que era del barrio propuso buscar información sobre actividades que se podían hacer en el centro deportivo municipal para prevenir el sedentarismo. Antes de que llegue el intendente trajo la información que

---

<sup>27</sup>Para el paso anterior a la proforma el manual proponía diferentes dinámicas: *mapeo colectivo*, *árbol de problemas*, *lluvia de ideas*. Su función era debatir sobre diferentes temas con la idea de ir seleccionando uno que se trataría más profundamente. La *lluvia de ideas* se utiliza para saber la opinión de los integrantes de los equipos de salud sobre un tema donde todas las ideas deben recibir igual consideración.

recolectó, habló sobre horarios, actividades y comentó: *antes había vóley y patín, pero ahora no hay profesores (...) hay espacio para hacer las cosas, pero no va nadie, no se aprovecha, no es por falta de conocimiento porque la mayoría de las personas saben de su existencia, pero no van.* Luego veremos como el centro deportivo municipal fue tomando cada vez más protagonismo a lo largo de las reuniones. En la charla, la enfermera dijo que *la nutricionista daba indicaciones, pero la gente no las cumplía*, para ella, la falta de interés en hacer deporte se asociaba a la falta de interés en *alimentarse bien*. Las *facilitadoras* hablaron de la importancia de hablar con las familias y tener en cuenta lo que ellas tienen para decir respecto a la obesidad, la alimentación y por qué se produce.

Luego de unos minutos de iniciada la charla llegó el intendente acompañado de un grupo de fotógrafos. Todos los asistentes se sentaron alrededor de una mesa grande ubicada en la cocina. Las *facilitadoras* hicieron una introducción de los temas que se habían charlando unos minutos antes y se continuó con la conversación. Para aportar al debate, el intendente habló de *cultura alimenticia* y *cultura del deporte* asociándolo a los *malos hábitos* alimenticios. Las *facilitadoras* empezaron a dibujar un *árbol de problemas* en un afiche y pusieron en el tronco la palabra *obesidad*. Continuando con la conversación sobre el centro deportivo municipal, la radióloga que era vecina del barrio contó su experiencia en la que le robaron varias veces cuando salió a correr por el barrio y dijo que la inseguridad podía ser uno de los motivos del desinterés de las personas en ir al centro deportivo. El intendente dijo que se iban a replicar las obras hechas en otras zonas del municipio, construyendo un corredor sobre la vereda con aparatos para hacer ejercicio físico y luces para mejorar la seguridad. Sobre la inseguridad dijo que para mejorarla no hay que poner más policías, sino que *el espacio público tiene que ser ocupado por vecinos del barrio*. Contó que se iban a seguir haciendo obras para que se deje de hablar de la zona como *el fondo* y se la transforme en una *puerta de acceso* desde el camino del Buen Ayre hacia el municipio. También mencionó a la política municipal *municipios emprendedores* y que podía hacerse su difusión desde los centros de atención primaria para tener una mirada integral. Hablando de las cuestiones que hacían falta en el centro, las médicas le dijeron que no había ginecóloga por lo que el intendente respondió que se iba a solucionar con *la llegada de AMBA*.

La participación del intendente en la *reunión de equipo* donde se trató el tema de obesidad sería el inicio de una serie de visitas que él realizó a lo largo de los dos años de implementación. La Red Pública de Salud AMBA fue noticia en los medios locales donde se publicaron las fotos tomadas durante la reunión. A mediados del año 2019 las visitas se intensificaron ya que se inauguraron las obras de remodelación de los CAPS pertenecientes al eje *infraestructura* de la política. En el mes de octubre se realizaron las elecciones municipales por las cuales el intendente fue reelecto. Según Shore (2010), la naturaleza política de las políticas públicas está oculta bajo el lenguaje instrumental en las que son presentadas. Las políticas públicas son fenómenos políticos, aunque la manera en que se presentan es mediante un lenguaje objetivo donde su naturaleza no se expresa. Entonces, el poder político y las políticas públicas se relacionan en el sentido de que es una manera en que los gobernantes acumulan poder y gobiernan. Que la Red Pública de salud AMBA se implemente en el municipio fue una decisión política de parte del poder ejecutivo municipal y del concejo deliberante, las acciones realizadas durante la implementación formaron parte de la campaña al mostrar que se estaba haciendo *un cambio profundo* al mejorar la salud pública.

En reuniones posteriores a la visita del intendente, se continuó con el tema de alimentación. La organización de los días y horarios se acordó entre los participantes y las facilitadoras quienes las registraban en la minuta y las enviaban al grupo de Whatsapp. Según el manual la *proforma* es una herramienta utilizada para *gestionar ciclos de mejora* en base a los problemas detectados por el equipo de salud. Como hemos visto, la *co-gestión es la principal característica de la política*, y remite a *espacios donde problematizar en conversaciones que inviten a la elaboración de estrategias y acciones*. La falta de planificación en los centros de salud era considerada entonces un problema a solucionar por los formuladores, sin embargo, como hemos visto en el anterior capítulo, los centros de salud sí planificaban y organizaban las tareas del centro. El momento en que se construían y archivaban las historias clínicas, la organización de horas y días de atención de cada profesional, la forma en que se entregaban los turnos, el armado de *las estadísticas*, la decisión de implementar diferentes programas de promoción y prevención, estaban pensados y organizados por el coordinador del CAPS y los integrantes de los

CAPS. Sin embargo, según el punto de vista de los formuladores, la planificación era ineficiente e insuficiente, su propuesta era organizarla a partir de *problemas* y documentarla en tablas de sistematización: las *proformas*. Esta última fue la objetivación de un conocimiento producido a través de la sistematización con la guía de las facilitadoras que brindaron un método específico. Ese conocimiento luego se presentó en forma de resultados mediante el documento para luego elaborar acciones para revertir los problemas. La *proforma* se dividía en cinco fases: *definición del problema, análisis del problema priorizando puntos críticos, mejora, medición, monitoreo y sustentabilidad*<sup>28</sup> Para cumplir con los objetivos del eje *Modelo de Gestión y Atención* las *facilitadoras* tenían que lograr que cada centro construya por lo menos una *proforma* asociada a un *proyecto comunitario* el cual recibiría financiamiento del Ministerio de la Provincia con previa mediación de la Secretaría de Salud municipal. Los *proyectos* poseían un presupuesto propio para el financiamiento de actividades, el Ministerio de la Provincia de Buenos Aires asignaba una partida presupuestaria a las *actividades comunitarias* definidas en el *proyecto*. La función de la Secretaría de Salud era agrupar los insumos para dichas actividades decidiendo su compra o no. Para eso, según el manual, se tuvieron que crear *nuevos circuitos con planificación centralizada* definida por la Secretaría de Salud y una *planificación descentralizada* definida por los centros de salud. Como el CAPS contaba con la experiencia de haber hecho un taller de huerta en años anteriores, surgió la idea de armar un *proyecto comunitario* en torno a eso. El proyecto entraría dentro de la fase de *mejora* de la *proforma* ya que daría respuesta al *análisis y definición* de los problemas.

---

<sup>28</sup>La definición del problema se tenía que encuadrar en los siguientes ejes: administrativo, organizativo, asistencial, comunitario o transversalidad y continuidad del cuidado. El eje administrativo/organizativo se focalizaba en temas como la atención de turnos, organización de horarios médicos. El asistencial hacía referencia a los pacientes que son asistidos, considerando su tratamiento, diagnóstico u otras situaciones como dinámicas de entrega de leche o medicamentos. El eje comunitario refiere a las actividades de promoción y prevención no asistenciales y el eje transversalidad del cuidado hacía referencia al recorrido del paciente por el sistema de salud. Identificar los ejes donde se encuadraban los problemas colaboraba a conocer el origen de las dificultades y orientar la problematización. Si por ejemplo había un aumento de casos de sífilis se podía encuadrar el problema como asistencial y comunitario, pensando acciones en estos dos sentidos. En la fase de la *proforma* llamada *mejora* se pensaban en acciones e intervenciones para abordar los *puntos críticos* que eran los lugares donde presentaban las mayores dificultades en el desarrollo de la problematización. En la *medición* se identificaban objetivos y se construían indicadores que se documentarían durante el monitoreo.



| Registro de análisis de Problema_ Proforma                                          |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Título:                                                                             |                                                    |
| Fecha de realización:                                                               |                                                    |
| 1-DEFINICIÓN                                                                        | 2-ANÁLISIS                                         |
| Grupo: G2<br>Miembros:                                                              | Qué puntos críticos observaron:                    |
| Ejes del estándar (Organizativo, Asistencial, Comunitario, Continuidad de cuidado): | Qué punto crítico va a gestionar:                  |
| Tema:                                                                               | 3-MEJORA                                           |
| Problema detectado:                                                                 | Acción concreta:                                   |
| Cómo se detectó el problema:                                                        | Plan de Acción para la acción concreta:            |
| Por qué es problema o qué inconvenientes tiene:                                     | Objetivo / Meta:                                   |
| Objetivo:                                                                           |                                                    |
| -4- MEDICIÓN                                                                        | 5- MONITOREO del problema abordado                 |
|                                                                                     | Fecha:                                             |
|                                                                                     | Hallazgos:                                         |
|                                                                                     | Acciones a Tomar por el equipo:                    |
|                                                                                     | Fecha próxima reunión de equipo para el monitoreo: |

Imagen de tabla de sistematización, *proforma*

El centro de salud donde hizo la visita el intendente se llamaba *Centro Materno Infantil*, nombrado usualmente como *el materno*. Durante el año 2019 los catorce CAPS del municipio cambiaron de nombre y pasaron a llamarse de manera numérica. La definición de lo que finalmente fue el contenido de las tablas fue el resultado de una gran cantidad de charlas donde los temas fueron abordados desde diferentes disciplinas dentro del CAPS incluyendo la mirada de las *facilitadoras*. Los tres temas abordados en las *proformas* se discutieron de manera simultánea, es decir, no se realizó una *proforma* después de otra de manera ordenada y clara, el llenado de las tablas se realizó varios meses después de la primera vez que se mencionaron los temas. El motivo fue que había que jerarquizar los *problemas* definiendo cuáles se podían resolver con una charla y cuales necesitaban un análisis más profundo para ser resueltos. La construcción de la proforma de alimentación se realizó en el mes de marzo del año 2019 pero las charlas sobre el tema comenzaron desde que las facilitadoras empezaron a trabajar en el CAPS en agosto-septiembre del año 2018.

El *problema* se empezó definiendo como *obesidad infantil*. En una de las *reuniones de equipo* se discutió si era saludable un cuerpo *gordo* o no, y las *facilitadoras* hablaron acerca de los estereotipos sociales de belleza, cuerpos hegemónicos y ejemplos de organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema. En ese momento, la nutricionista sugirió que se hablara de *alimentación saludable* en vez de *obesidad*. La coordinadora del centro trajo *un caso* de desnutrición de una niña que había sido derivada al CAPS desde el programa *Enviación* que funcionaba en la zona. *Enviación* es un programa que depende del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad de la Provincia de Buenos Aires y tiene como objetivo *lograr la inclusión socioeconómica, política y cultural de los jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social*. Como la mamá transitaba la escuela secundaria, se habló de la cantidad de casos de *embarazo adolescente* que se atienden en el CAPS. En cuanto *al caso*, las trabajadoras comentaron que la psicóloga del CAPS estaba trabajando junto a una colega de otro CAPS de la zona realizando charlas sobre Educación Sexual Integral (ESI) en una ONG de la zona y escuelas. En ese momento la pediatra del equipo preguntó qué era la Educación Sexual Integral a la *facilitadora* (antropóloga) ya que sabían que tenía un posgrado en el tema. La *facilitadora* detalló su normativa y otras leyes asociadas: constitución nacional, tratados internacionales, derechos de niñas, niños y adolescentes, ley de identidad de género y matrimonio igualitario. Si bien la información no se volcó a la *proforma*, relacionar la ESI con las leyes introdujo la perspectiva de género a las charlas de las reuniones lo cual fue retomado en futuros encuentros.

En una posterior reunión se volvió a trabajar sobre *el caso* del bebe bajo peso ya que tanto la adolescente como el niño tenían problemas nutricionales. La obstétrica y enfermera mencionaron la cantidad de embarazos adolescentes que atendían y que muchas veces las embarazadas no lo vivían de manera conflictiva porque venían de familias donde las gestaciones también se habían iniciado a temprana edad. Hablaron de las dificultades en la higiene, las condiciones de vivienda, de separaciones de parejas durante el transcurso del embarazo y que las escuelas en algunos casos no las acompañaban. La obstétrica dijo que la consulta con la nutricionista era *algo muy difícil que sostuvieran sus pacientes ya que la mayoría no llega a comer las cuatro comidas y algunas alcanzaban a sostener sólo*

una. En la *reunión de equipo* las facilitadoras sugirieron que la obstétrica *articule* con la nutricionista *para darle información sobre la situación socioeconómica de la gestante*. En las reuniones se debatió sobre qué tipo de alimentos recomendar en la consulta sobre nutrición teniendo en cuenta las dificultades para comprarlos y que había que adaptar la pirámide nutricional a ellos. También, como se había hecho un *mapeo colectivo* de la zona en semanas previas, se sugirió a la nutricionista articular con escuelas, jardines y comedores. Hasta ese momento no había trabajadora social en CAPS, su incorporación se llevó a cabo unos meses después junto a una ginecóloga que tampoco había. La falta de profesionales, la propuesta salarial considerada insuficiente por parte de las medicxs y la falta de medicamentos generó un clima de malestar con la Secretaría de Salud donde las trabajadoras se sentían poco escuchadas.

Como se explicó anteriormente, una de las dinámicas que figuró en los manuales para definir y analizar *el problema* que luego se pondría en la *proforma* fue el *árbol de problemas*. En el CAPS el día en que se realizó la dinámica participó la coordinadora del centro de salud de profesión enfermera, la radióloga, tres administrativas, la encargada de farmacia, dos enfermeras, una médica generalista y la obstétrica. En un afiche las facilitadoras dibujaron el *árbol* y se puso en el tronco: *falta de alimentación saludable*. Las facilitadoras fueron anotando lo que las trabajadoras decían. Para completar las raíces donde iban las *causas*, la médica generalista comentó que las familias consumían *muchos hidratos de carbono* y no se elaboraban las comidas en los hogares. Retomando charlas previas, la radióloga mencionó el *sedentarismo* como una causa de obesidad. La obstétrica relaciono la alimentación con su trabajo, hablo de la *lactancia materna* por ser el primer alimento que consumen lxs niñxs y el rol de la madre durante el *puerperio*. Las facilitadoras preguntaron por el tipo de alimentos que entrega el programa social y respondieron que en general eran productos secos y eventualmente carne lo cual no contribuye a una buena nutrición. Respecto a las *consecuencias* del problema las facilitadoras anotaron los siguiente mientras las trabajadoras iban interviniendo: *embarazadas obesas, baja talla, desnutrición, acoso callejero según el cuerpo, vergüenza en el consultorio, y problemas emocionales: baja autoestima, bullying, aislamiento*. En esa ocasión se mencionó la *necesidad de acordar criterios de atención entre obstetras*,

*pediatras y generalistas* para la entrega de leche. Como resultado del *árbol de problemas* en posteriores reuniones se completó la *proforma* titulada *Fomentar la incorporación de los hábitos de alimentación equilibrada en la familia*. El día en que se realizó las *facilitadoras* trajeron las *minutas* de las reuniones donde se charló el tema y el *árbol de problemas*. En la fase *definición* de la *proforma* la idea era que participen diferentes actores, que sea *colectivo*. Había que identificar qué tema se iba a seleccionar estableciendo una jerarquización entre las cuestiones que emergieron en las reuniones de equipo. En el caso de la *proforma* de alimentación, en el ítem *miembros* se anotaron: dos administrativas, tres enfermeras, una auxiliar de farmacia, una médica generalista, una obstétrica, una trabajadora social, una psicóloga, dos pediatras y una coordinadora de profesión enfermera. Se eligió el eje *asistencial*, ya que el *problema* se relacionaba con la atención dentro del consultorio. Luego en el ítem *problema detectado* se colocó *observación en consultorio de fallas para la incorporación de hábitos de alimentación saludable en los controles de salud*; en *cómo se detectó* se colocó *en los controles de salud y en la sala de espera, en estudios de laboratorio y cálculo de Índice de Masa Corporal y en las historias clínicas*; en *por qué, porque puede derivar en patologías nutricionales y psicosociales*. En cuanto a la fase *análisis* había dos sub ítems que eran: qué *puntos críticos* observaron y cuáles se van a gestionar. En este caso se colocó:

- “-Falta de información sobre hábitos saludables
- Poca alimentación casera y mucha comprada. Influencia de los medios de comunicación y las pautas de consumo
- Falta de tiempo para la preparación de la comida. El ritmo social y los tiempos rápidos cotidianos influyen en el tiempo dedicado a la preparación.
- Compra de la comida barata por dificultades económicas
- No se realizan las 4 comidas”

Los *puntos críticos* se completaron de dos maneras: por un lado, se seleccionaron algunas causas escritas en el *árbol de problemas* y por otro se retomaron las charlas realizadas en las *reuniones de equipo* de los meses en que se trató el tema alimentación. En *puntos a gestionar* se debatió de qué manera se podía dar respuesta a los puntos críticos. Se escribió sobre la importancia de fomentar la *construcción de vínculos en la familia a partir de la alimentación compartida y la intervención de los niños en la preparación de alimentos*,

de brindar información nutricional para aumentar los *índices de peso y talla*; y también que la atención en el consultorio *tenga en cuenta una 'alimentación realista' en cuanto los determinantes sociales y ambientales de la salud*. El énfasis en la *alimentación realista* era porque en numerosas charlas realizadas en las reuniones se señaló que la información nutricional que se brindaba no tenían en cuenta el poder adquisitivo de las personas que asistían al CAPS. Se daba la indicación de que consumieran alimentos que no podían comprar. La relación entre la alimentación y los vínculos generados en la preparación y consumo de alimentos también se presentó como solución. En cuanto a la *mejora* se escribieron las siguientes *acciones concretas*: reemplazo del concepto de *alimentación saludable* la *alimentación equilibrada*, favorecer la *educación alimentaria* y *entrega de semillas* para hacer plantines en los hogares. La *proforma* derivó en un *proyecto comunitario* de talleres de huerta para hacer en el CAP los cuales se llevaron adelante cuando terminaron las obras de infraestructura.

En el proceso social que derivó en la construcción del documento, distintos saberes se pusieron en diálogo (Trentini; Giñazu; Carenzo 2022). Como los criterios respecto a la atención en consultorio en cuanto a la nutrición no eran los mismos entre profesionales, médicas, nutricionistas y obstétricas, las conversaciones apuntaron a establecer un marco común de referencia para la atención. El marco de referencia introdujo de parte de las facilitadoras profesionales de ciencias sociales y humanas el concepto de *alimentación realista* que consideraba no solo lo que las personas debían consumir, sino lo podían comprar. La *proforma* no se construyó solamente en base a criterios biomédicos, sino que mencionó los vínculos que se construyen en torno a la alimentación en los hogares y el rol de la educación en ello.

Como hemos mencionado anteriormente, los temas en cada reunión no se sucedían de manera ordenada y lineal, sino que emergían de acuerdo a los intereses de las asistentes. En posteriores encuentros, la *proforma* de alimentación derivó en conversaciones sobre lactancia materna. La obstétrica de la sala, quien era muy participativa, dijo que atendía a muchas mujeres embarazadas con problemas nutricionales y que la lactancia materna influía en la alimentación en los niños ya que era la primera alimentación que recibían. Al

respecto se debatió en torno a los problemas relativos a la entrega de leche que estaba teniendo el centro de salud en cuanto a quién entregaba la leche y qué criterios usaba. En la reunión se explicó que muchas veces la entrega de leche se hacía de manera simultánea entre diferentes profesionales. Podía pasar que la médica generalista y la pediatra entreguen la dosis correspondiente a la madre, generando que la mujer se fuera con dos cajas en vez de una, además dicha entrega no estaba acompañada de información en salud complementaria<sup>29</sup>La obstétrica dijo que, para solucionar el problema, la entrega de leche a la mamá la podía hacer ella así aprovechaban para hablar de los anticonceptivos para la mujer. Los asistentes a la reunión estuvieron de acuerdo, generaron un consenso, respecto a que la obstétrica se haga cargo de la entrega de leche para la mamá durante los primeros seis meses del niño-niña, pero las pediatras del centro tenían que estar de acuerdo también. Entonces se agendó una reunión de equipo para otro día para comentar los cambios los cuales finalmente fueron acordados por las pediatras. Por la dificultad identificada en las reuniones para que las mujeres que recientemente fueron madres continúen sus controles de salud, se construyó *un circuito* de derivación interna con acuerdo entre la médica generalista, la pediatra y la obstétrica para, en palabras de las facilitadoras, se ponga en *valor el puerperio* haciendo *que vuelvan* las mujeres-madres.

María Pozzio (2011) analiza cómo toda política pública en salud lleva implícita o explícitamente una idea de género. Respecto a este punto, nos interesa mencionar otra discusión que se desarrolló en aquellos momentos ya que se repitió en otros episodios que veremos en posteriores capítulos. Como se explicó anteriormente, entre las tareas de las *facilitadoras*, los manuales indicaban que los equipos tenían que construir un *proyecto comunitario* basado en las *proformas*. Uno de los *proyectos comunitarios* que el CAPS decidió hacer se llamó *Sala de espera un lugar de comunicación*, otro de los proyectos fue la construcción de la *huerta comunitaria*. Respecto al primero, la idea era utilizar el momento de espera antes de la consulta para *promoción y prevención* mediante charlas y

---

<sup>29</sup>La entrega de leche hacia la madre y los niños es a través del plan Más Vida que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires destinado a madres y niños pobres. Según el programa, deben recibir leche de los centros de salud, embarazadas hasta el parto, mamás amamantando, niños de hasta dos años considerando la edad y la cantidad de leche entregada y niños con deficiencias nutricionales.

talleres sobre alimentación saludable, higiene bucal, vacunación, *controles de salud, planificación familiar*, entre otros temas. La idea era que dicho proyecto se plasme en un documento que sea leído por la Secretaría de Salud y se deriven los recursos que lo sustenten. En ese marco surgió una discusión sobre el lenguaje utilizado por las *facilitadoras* en las reuniones que se venían realizando. En el grupo de WhatsApp la coordinadora del CAPS mandó un mensaje sugiriendo que *evitemos expresarnos en lenguaje inclusivo, cuando tratemos temas laborales*. En el mismo mensaje se cita a la Real Academia Española cuando dice que no hay que *confundir machismo con gramática*<sup>30</sup>. Luego de dicho mensaje, en la próxima *reunión de equipo*, las médicas plantearon que el movimiento feminista se basa en una *ideología de género* que quiere imponer mediante el lenguaje. Respecto a la perspectiva de género en el diseño de la política, cabe aclarar que no aparece de manera explícita en los manuales ni guías en ningún momento. Sin embargo, las facilitadoras introducían dicha mirada cada vez que podían, mencionando la importancia de la ESI y hablando en lenguaje inclusivo. Según Chiara y Di Virgilio (2009) “no hay políticas por encima y por fuera de la dinámica general de la sociedad (...) No hay políticas por fuera de las interacciones que se generan en el curso de su diseño e implementación” (Op. Cit. 2009: 60). A fines del año 2018 mientras se realizaban las *reuniones de equipo* se debatía en el congreso el proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del embarazo y el equipo de implementación en su conjunto, incluyendo al coordinador de profesión médico generalista, tenía interés en generar acciones al respecto. En meses posteriores se realizaron capacitaciones específicas por parte de una médica especialista en el tema las cuales fueron comunicadas en el evento que analizaremos en el último capítulo. Por su parte, en el CAPS que estamos analizando, una parte del equipo decidió focalizarse en la *proforma* de alimentación y otra parte del

---

<sup>30</sup>Al respecto, Rossetti (2021) analiza el uso del lenguaje inclusivo desde la antropología y el lugar que tiene la Real Academia Española (RAE) en él. El autor entiende el movimiento social por el lenguaje inclusivo como política lingüística “desde abajo” ya que tiene como objeto ampliar la capacidad de representatividad e impactar sobre las instituciones de la sociedad. Respecto al rol de la RAE lo ubica como actor que cumple la función de tutelar la lengua en una historia colonial que anula las diversidades locales propias y se basa en binarismos de género. Desde un análisis situado en los centros de salud, el uso del lenguaje inclusivo se da en el marco de discusiones en torno a la comunicación.

equipo se capacitó en salud sexual y reproductiva realizando una *proforma* en meses posteriores.

Volviendo al acuerdo del nuevo *circuito* de derivación entre profesionales, el mismo quedó asentado en la minuta de reunión de aquel día. Aunque no se hizo una *proforma* al respecto, el acuerdo fue considerado un *logro* de las *reuniones de equipo* y se mencionó en un encuentro de sistematización que se realizó en la Secretaría de Salud donde asistieron los catorce CAPS del municipio el cual será analizado en el capítulo cinco. Hasta ahora, pudimos ver como el CAPS comenzó realizando una *proforma* sobre alimentación y luego, a partir de las charlas, se llegó a otro *problema*: los criterios para la distribución de leche no eran los mismos y muchas veces era realizada por diferentes profesionales. Ese *problema* derivó en un consenso entre profesionales sobre *un cambio en el circuito* para la entrega de leche *valorando el puerperio*. En posteriores reuniones otro tema relacionado con el embarazo y el puerperio se desarrolló en una *proforma*: la falta de hierro para las embarazadas. En este caso, a diferencia del problema anterior, otro actor intervino en la discusión: la Secretaria de Salud.

El programa REMEDIAR era uno de los encargados de que lleguen los medicamentos a los centros de salud. La *proforma* del hierro se realizó en el mes de mayo del año 2019 pero los comentarios respecto a la falta de hierro comenzaron en noviembre del año anterior. En una ocasión una médica comentó *que ella trae siempre medicamentos gratis y que nadie le reconoce nada*. Otra médica respondió *que en el municipio son muy rígidos, que ella también está trabajando sin medicamentos, que no hay hierro ni otras cosas, que la gente no tiene cómo pagarlo, que ella también tiene que traer muestras de los hospitales para poder responder*. La *proforma del hierro* se inició porque en las reuniones las trabajadoras repetían reiteradamente que *hacía cuatro meses que el municipio no mandaba hierro en comprimidos*. En otra ocasión una administrativa comentó que *le dolía* que no haya hierro para los chicos y para las mamás y eso es *porque no mandan desde el ministerio, pero también porque no están organizados para la distribución en los centros de salud*. El día que se completó la *proforma* asistieron la obstétrica, dos enfermeras, una nutricionista, la promotora de salud, dos administrativas, la médica generalista, la



radióloga y la auxiliar de farmacia. Primero se hizo un *árbol de problemas*. Allí las administrativas contaron que ante la falta muchas veces intercambian medicamentos con otros CAPS por hierro. Las médicas comentaron las enfermedades asociadas a su falta en población adulta sobre todo en embarazadas y puérperas. Entre las *causas* que se anotaron en el *árbol de problemas* se escribió *disminución de la provisión de hierro en las cajas de REMEDIAR. Antes venían más cajas, pero en el último tiempo disminuyeron*. Según la auxiliar de farmacia, *a veces el faltante de medicamentos se produce por problemas en los móviles*. Una vez que el árbol de problemas se realizó en un afiche, las *facilitadoras* empezaron a completar la *proforma* con la información que las trabajadoras les iban dictando a partir del *árbol de problemas*. Las patologías asociadas a la falta de hierro se escribieron en la fase de *análisis*. Allí también se detalló el motivo por el cual había falta de hierro, lo *disminución de la provisión de hierro en las cajas de REMEDIAR*. También se anotó lo siguiente: *Donde está asentado el CAPS es población vulnerable. Por lo general reciben los bolsones y la tarjeta verde. En ellos no hay alimentos que tengan hierro o ayuden a absorberlo*. Como la población destinataria es pobre, usualmente no consumen hierro de otra manera que no sea por medio de dichos comprimidos. En fase *análisis del problema* de la *proforma* se señaló la *falta de comunicación con el municipio* ya que desde el centro de salud mandaban los mensajes internos mediante un sistema informatizado de comunicación que se utiliza en organismos públicos llamado GDE que, en este caso, se usaba entre la secretaría de salud y los centros de salud, pero según las trabajadoras nadie contestaba y tampoco sabían quiénes eran los que recibían dichos mensajes. La falta de hierro no solo se daba en *el materno* sino también en otros centros de salud de la zona. Como la idea de que las *proformas* sean vistas por la Secretaría de Salud, a principios del año 2019 cuando se empezaron a hacer reuniones entre implementadoras y la subsecretaria, las facilitadoras expusieron el tema. En ese momento, la subsecretaria se comprometió a indagar qué sucedía con el abastecimiento de la vitamina y un mes después llegaron la cantidad de comprimidos que le correspondían a la sala. De esa manera, la *co-gestión* propuesta por los formuladores se inició en los centros de salud mediante la *proforma* que expuso un problema y fue leída por la gestión municipal generando una respuesta. El CAPS definía la comunicación con el municipio

como mala y lo dejo registrado en la *proforma*. Tanto el documento como el rol de facilitación fueron un canal más que las trabajadoras usaron para que sus pedidos finalmente llegaran a la gestión municipal.

Respecto a los problemas relacionados con la entrega de leche y la entrega de hierro en comprimidos, son problemas que se insertan en lugares que trabajan con una población atravesada por una gran vulnerabilidad y pobreza. En el caso del CAPS, en las reuniones las trabajadoras de salud mencionaron las dificultades que tenían las personas que se atendían en comprar el tipo de alimento que la nutricionista le sugería. Además, la alimentación tampoco tenía la cantidad de hierro suficiente por eso era importante disponer de los comprimidos, sobre todo en el caso de las embarazadas. La Encuesta Nacional de Nutrición publicada en el año 2019 concluye que el sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de malnutrición en la Argentina afectando a cuatro de cada diez niñas, niños y adolescentes (NNYA) y a siete de cada diez adultos. En los adultos, la obesidad es un veinte por ciento mayor en la población de ingresos bajos a diferencia de los NNYA donde el sobrepeso y obesidad afecta a todos los estratos sociales. En ese estudio nutricional también se menciona la lactancia como *el primer alimento saludable* y por los efectos de la salud del niño ya que *contribuye al crecimiento, desarrollo y protección de enfermedades*. El retraso en el crecimiento (baja talla) y el bajo peso (para la edad) así como la obesidad son considerados como una de las principales formas en que se expresa la desigualdad social. Los programas relacionados con la lactancia y entrega de leche se construyen para dar respuesta a dificultades nutricionales de la población como obesidad, desnutrición, anemia y falta de vitaminas en general. Solans y Margulis (2019) plantean que, hacia comienzos del siglo pasado, se abrió un nuevo escenario para la lactancia con la medicalización e institucionalización del proceso embarazo-parto-puerperio y la expansión de nociones médicas sobre los cuidados y la alimentación de los recién nacidos. En ese marco, la entrega de dosis de hierro en comprimidos como parte del circuito de medicamentos, así como la entrega de leche se puede analizar dentro de un marco más amplio relacionado con cómo los procesos de salud-enfermedad atención están atravesados por el proceso social de medicalización que abarca a toda la sociedad.

Las políticas públicas tienen racionalidades y métodos de gobierno que influyen en la subjetividad de las personas involucradas en ellas, reflejan maneras de pensar sobre el mundo y proponen maneras de actuar en él (Shore, 2010). A través de ellas se construyen nuevas subjetividades y nuevos tipos de sujetos. En este caso, la construcción de las *proformas* realizadas a través de *reuniones de equipo* fue un método que las *facilitadoras* transmitieron para pensar sobre los problemas que más acuciaba a los trabajadores y a la población que se atendió a los CAPS con la idea que sean “gestionados” y “solucionados” con mayor *participación* de los trabajadores. Sin embargo, la implementación de políticas no son procesos lineales, sino que las personas involucradas poseen diferentes saberes que intervienen en su desarrollo. En el CAPS que analizamos las trabajadoras incidieron introduciendo temas que les preocupaban como la alimentación de la población, la diferencia de criterios entre profesionales para la atención de mujeres embarazadas y la falta de medicamentos por *problemas de comunicación* con la Secretaría de Salud. Por su parte, las implementadoras incidieron poniendo en debate la desigualdad de género expresada en el lenguaje y la importancia de capacitarse en educación sexual para la atención de la población. El énfasis puesto en analizar las interacciones (Trentini; Giñazu; Carenzo 2022) mostró que el diálogo de saberes se inscribe en procesos sociales donde los participantes se involucran de maneras diferentes.

Como vimos a lo largo del capítulo, el contenido de las tablas *proforma* fue resultado de charlas y debates donde se consensuó lo que se iba a completar en cada una de las cinco fases de la tabla. En la proforma de la falta de hierro, a diferencia de los cambios en el circuito de entrega de las cajas de leche, se incluyó a la secretaría de salud, otro actor de mayor jerarquía institucional que podía decidir si asignar recursos o no. El trabajo realizado por las implementadas y los equipos se tradujo en diferentes tipos de instrumentos, *minutas de reunión*, *proformas* y *registro de proyectos comunitarios*. En ellos se documentó el consenso del proceso participativo que se llevó adelante en los centros de salud para la creación de *nuevos circuitos* administrativos, de derivación y atención. En palabras de los formuladores, se crearon nuevos procesos de gestión, es decir, nuevas *tecnologías sociales*. Se instalaron las *reuniones de equipo* con un horario y día establecido todas las semanas, se problematizaron diferentes temas y se crearon proyectos

para solucionarlos. Pero la problematización no fue un proceso homogéneo y sin conflicto, se empezó hablando de obesidad y eso implicó hablar de ESI y anticonceptivos, de pobreza, de sobrecarga de trabajo por falta de profesionales, de circuitos de distribución de los medicamentos y del rol de la Secretaría de Salud, entre otros temas que emergieron en las reuniones.

En el primer capítulo vimos que la propuesta de la política aspiró a alejarse de una idea de gestión 'centralizada' generando contextos para la *co-gestión*. Ello implicó, justamente, descentralizar la toma de decisiones para darle mayor peso a la gestión de los centros de salud y a la municipal frente a decisiones tomadas exclusivamente por los funcionarios ejecutivos del nivel provincial tales como ministros y secretarios. Por eso los formuladores proponen *aportar al camino para salir del esquema de gestión centralizada hacia la gestión participativa. Como así también el cambio de la concentración piramidal hacia una descentralización territorial*. Cuando se habla de descentralización hay una concepción de territorio asociada a un cambio en la forma de trabajo y la toma de decisiones en los centros de atención primaria de la salud. En el próximo capítulo nos detendremos a analizar estos puntos.

## **Capítulo IV: Definiciones espaciales y experiencias de participación comunitaria**

Para el antropólogo Menéndez E. (2008) la participación social en salud no constituye un proceso unilateral y unívoco, "positivo" de por sí "sino que opera dentro de juegos transaccionales que se dan entre los grupos y sujetos y en consecuencia dependerá del poder (micropoder) de cada uno de los grupos, no solo la orientación ideológica sino también los usos que se le dé a la participación social" (Op cit 2008: 77)<sup>31</sup>. Para los formuladores "la participación" se asocia a "la gestión" a través de la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas*<sup>32</sup>. Desde una mirada antropológica, nos interesa ver qué sentidos le dan las personas a la "gestión" y cómo la llevan a la práctica. Lo que vimos hasta ahora es que, antes de la llegada de la red AMBA, la tarea de gestión era asociada por parte de algunos trabajadores a las funciones y las competencias de la Secretaría de Salud municipal y a los coordinadores de los CAPS. Esta situación, es decir, la existencia de espacios institucionales ordenados jerárquicamente que tienen competencias y funciones de coordinación, toma de decisiones y capacidad ejecutiva, era aquello que se quería cambiar, y aquello que era referenciado como formas de gestión centralizadas. La nueva política, en contraste, focalizaba en lo que se conoce como la *micro gestión*, y que tiene como pilar central el trabajo en *reuniones de equipo*. Como adelantamos antes, el proceso de implementación y armado de la Red pública de salud AMBA implicó el trabajo en equipo, y ello debía oficiar como primera experiencia en esta

---

<sup>31</sup>Los documentos que sirvieron de base en políticas de participación social en salud se remontan a las Declaraciones sobre el Progreso Social y el Desarrollo, promulgada en 1969 por la Asamblea de las Naciones Unidas donde se apela a la participación de la sociedad para la definición y realización de metas para el desarrollo (Fassin 2000: 119). Luego en la declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud se definió que "Todo ser Humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente de la planificación y ejecución de la atención primaria que recibe" (OMS/UNICEF, 1978). En dicha conferencia se le dio legitimidad al concepto de participación trazando la vinculación entre Atención Primaria de la Salud y participación comunitaria.

<sup>32</sup>Al respecto hay trabajos académicos que describen el "mito racionalista del gestor" (Spinelli, 2017) como la idea dominante que implica "una manera racional, rígida, lineal, centrada en sujetos cartesianos que dan órdenes y que cumplen órdenes, con capacidades predictivas sobre el futuro y con comportamientos preestablecidos de los actores" (op cit 2017: 581). Se asocia el concepto a la teoría general de la administración que forma parte de la hegemonía en la enseñanza de la gestión en salud.

modalidad de trabajo propuesta. La idea era que la modalidad de *reuniones de equipo* se instalara como un elemento cotidiano, extendido y normal de la gestión de la atención primaria. A partir de ellas se podía construir la *proforma* y los *proyectos comunitarios* donde se solicitarán recursos siendo decisión de la Secretaría de Salud que proyecto recibiera financiamiento (o no). Luego con el tiempo, una vez que la implementación haya finalizado, las reuniones debían continuar solas, con un equipo que tenga las herramientas suficientes para gestionar sus procesos de trabajo y sus problemas, sin la asistencia de las facilitadoras. La realización de *reuniones de equipo* fueron una condición necesaria para que la implementación de la política se realizara correctamente, ellas eran de vital importancia, por ejemplo, para llevar adelante la *participación comunitaria* de la población en la atención primaria de la salud<sup>33</sup>.

Entonces, considerando la propuesta del diseño, en la Red pública de salud AMBA podemos hablar de dos modalidades de participación. La primera se asocia al concepto de ciudadanía y se relaciona con la participación de personas y organizaciones (vecinos, referentes sociales, de organismos públicos, religiosos, docentes) en las decisiones que toma el centro de salud. Implica instancias deliberativas a las que son convocados los ciudadanos por diferentes medios. A los actores reunidos en esos momentos se les denomina como el equipo *de salud completo*, denominación que se utiliza para incluir a instituciones públicas que trabajaban en el territorio, vecinos, organizaciones sociales, entre otros actores locales que conformarían *la comunidad*. Quienes formularon esta política rescatan en este sentido la noción de *participación ciudadana* con la idea de fomentar espacios deliberativos y descartar la forma paternalista de toma de decisión. Afirman reiteradamente que en esos espacios deliberativos no se negocia, es decir, no se persigue el beneficio propio a costa del otro, sino que se acuerda que la salud se construye entre todos, y que la *participación* puede propiciar espacios de creatividad y novedad que

---

<sup>33</sup>En cuanto los usos del concepto de "comunidad" en las políticas públicas, Didier Fassin (2000) explica que, a raíz del movimiento lanzado sobre la Atención Primaria de la Salud, "la comunidad se transformó en el corazón de la política sanitaria mundial" (Op cit 2000:129. Según el autor, se pone de relieve lo que los individuos tienen en "común", y así facilita la utilización política que de ella hacen las instituciones internacionales erigiéndose en defensoras del "pueblo". A diferencia del concepto de "pueblo" que muchas veces aparece como belicoso y rebelándose contra el opresor, la "comunidad" se presenta como pacífica.

las formas centralizadas y verticalistas no pueden ofrecer. La segunda modalidad de *participación* es la que hemos analizado en el capítulo tres, refiere a los trabajadores de la salud, cuya *participación* se piensa principalmente a nivel de microgestión de los centros de salud, pero también incluye lo que se denomina la *mesogestión*, que sería el espacio de influencias de la Secretaría de Salud. Este tipo de *participación* toma como centro a lo que el manual de facilitación plantea como componente crítico del plan: los equipos de salud. Dentro del modelo, el segundo tipo incluye al primero ya que es necesario que los trabajadores participen para que “la comunidad participe”.

Dado el interés en la *descentralización territorial y de la gestión*, en el presente capítulo se desarrollará como la descentralización se tradujo en la construcción de una *mesa interinstitucional* y la división de una serie de *áreas de responsabilidad* y los conflictos que surgieron en el marco de estos cambios. Desarrollaremos cómo la implementación giró en torno a modificar la forma de trabajo de los agentes de salud en función de la ubicación de sus hogares. Finalmente, en la tercera sección nos interesa reflexionar acerca del rol de la antropología en la gestión a partir de mi experiencia como *facilitadora* durante la implementación.

### Construir áreas de responsabilidad

Para Das y Pool (2008) los *márgenes del estado* son sitios donde el Estado está constantemente definiendo sus modos de gobernar y legislar determinando qué queda por dentro y qué queda por fuera de su dominio. Entre las nociones de “margen” que utilizan las autoras hay una que refiere a la legibilidad e ilegibilidad de las prácticas. En ellas se destacan los “puestos de control” (Op cit 2008: 34) como espacios llenos de tensión que atraviesan el cuerpo político del Estado donde los derechos pueden ser vulnerados. Como vimos en el apartado donde se construyó el diagnóstico local a partir del llenado de la *línea de base*, las administrativas asignan turnos teniendo en cuenta el domicilio que figura en el documento de identidad conformando un requisito para la obtención de los mismos según la normativa de la Secretaría de Salud. La tensión se expresaba cuando el domicilio que figuraba en el documento no concordaba con la jurisdicción en que el *usuario* quería atenderse. En esos casos se apelaba a las relaciones de confianza entre quien solicitaba y

debía otorgar o no el turno, quedando la decisión sobre el acceso al servicio de salud a criterio de dicha relación, en función de la voluntad de las administrativas o eventualmente, el coordinador del CAPS. Al no estar avalado por la Secretaría de Salud, potencialmente esta práctica podía ser objeto de sanciones, aunque yo no me enteré de que eso haya sucedido.

Los tres centros de atención primaria que analizamos hasta el momento se sitúan en una zona alejada del centro del municipio, a unos 45 minutos en colectivo. Uno de sus límites es el predio de la Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE) y el Río Reconquista. En varias oportunidades, el intendente se refirió a esta zona como *el fondo* del Municipio, manifestando también su intención de transformarla en la *puerta de entrada al municipio*. En función de ello propuso realizar diferentes obras, colocar luces en las calles, circuitos para caminata, artefactos para hacer ejercicio físico y un centro educativo para jóvenes. Retomando a Das y Pool (2008) dicha zona puede ser considerada “margen” tanto por su localización como por la necesidad de construir políticas de gobierno en ella.

Como ya hemos mencionado, el conocimiento que los equipos de salud debían adquirir para modificar su práctica de trabajo estaba sustentado en una propuesta de transformación del sistema de salud que apuntaba a la *descentralización territorial* a través de la participación. En el capítulo dos hemos mencionado que antes de que comience la implementación el personal administrativo habilitaba la adquisición de un servicio teniendo en cuenta (o no) el municipio de residencia. La llegada de la Red Pública de Salud AMBA propuso incorporar las *áreas programáticas*, al trabajo cotidiano de los profesionales médicos, no médicos y también al trabajo de las administrativas. A lo largo de la presente sección veremos que dentro del diseño de la política estaba la idea de reorganizar el territorio asociado a cada centro modificando la forma en que los usuarios eran atendidos y también la forma en que eran admitidos por parte de las administrativas. La nueva organización espacial se tradujo en un nuevo requisito para ser atendido basado en la localización del domicilio de residencia según *áreas programáticas*. Se intentó modificar la admisión y también el nombre de las áreas: antes las administrativas



entregaban los turnos teniendo en cuenta las fronteras municipales, luego se quiso instalar que la asignación sea en función de, en palabras de los formuladores, *áreas de responsabilidad*, donde un *equipo nuclear* estaría a cargo de setecientas familias asociadas a un territorio dentro del *área programática*. Entonces, el *área programática* de cada CAPS se subdividiría en sub-áreas, que serían las *áreas de responsabilidad*, compuestas por setecientas familias asociadas a un *equipo nuclear*. Para implementar los cambios, los equipos debían conocer primero las *áreas programáticas* para luego construir la idea del *área de responsabilidad* que serían las sub-áreas asignadas a un *equipo nuclear*. Una de las primeras dinámicas que se hicieron con este fin en las reuniones de equipo fue la realización de *mapeos colectivos*. A continuación, explicaremos cómo se realizó dicho *mapeo* a comienzos de la implementación y luego las acciones que el equipo de implementación llevó adelante un año después para modificar la lógica de admisión y la atención según las *áreas de responsabilidad*.

El *mapeo* se realizó en el mes de noviembre del año 2018 en los tres CAPS, la planificación estuvo a cargo de las facilitadoras, y consistió en llevar a las reuniones una impresión del mapa de lo que se conocía como *área programática*. Recordemos que las áreas eran divisiones intermunicipales, es decir, la totalidad del territorio municipal estaba dividido en catorce áreas y cada una estaba vinculada a un CAPS. Esa zona era el territorio de “control” de ese CAPS, el territorio sanitario que dependía de él. Si bien formalmente las áreas estaban definidas, en la práctica de trabajo no se usaban. La idea del *mapeo* era que los equipos dibujaran los límites del área para poner en común el conocimiento de cada integrante del equipo respecto al territorio y las instituciones que formaban parte de él. Los mapas donde estaban marcadas las *áreas programáticas* estaban guardados en cajones en la Secretaría de Salud, y no eran utilizadas con propósito alguno en ninguna de las instancias del trabajo sanitario ni de gestión. Simplemente se encontraban definidas en un mapa, descansando en el archivo. Una de las primeras actividades que hizo el equipo de implementación antes de ingresar a los centros de salud para conocer el municipio fue hacer un *mapeo colectivo* interno, señalando los centros comerciales, las principales avenidas y las instituciones de salud, incluyendo los dos hospitales que formaban parte del área municipal y los límites de cada *área programática*. El *mapeo* ayudó a que

*facilitadoras* e implementadores conocieran el municipio ya que la mayoría de ellxs no residía allí. Luego, a finales del año 2018 la dinámica de mapeo se llevó adelante en los CAPS. Las *facilitadoras* llevaron *iconos* impresos que representaban hospitales, industrias, escuelas, espacios verdes, comedores, entre otros. Para planificar el mapeo se utilizó como guía el *Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa* que brindó el coordinador de la política. Tanto el *mapeo colectivo* como la metodología de *Investigación Acción Participativa* apuntaron a generar procesos reflexivos grupales para modificar el punto de vista de quienes participan en ellos. El objetivo de los mapeos en los CAPS era que cada trabajador hable del barrio y de su experiencia con lugares e instituciones que se encontraban en él. La idea era poner en común entre todo el equipo el conocimiento de diferentes instituciones y/o vecinos, por ejemplo, con el club municipal, centros culturales, escuelas, iglesias, organizaciones sociales barriales, para pensar cómo se podía fortalecer y fomentar los vínculos con el CAPS teniendo en cuenta los *problemas* que el equipo estaba empezando a definir. Para las *facilitadoras* el ejercicio de mapeo era una manera de conocer el punto de vista de los trabajadores acerca de la población que asistía al CAPS y también hacerse una idea de las características geográficas de la zona, las principales vías de circulación, escuelas, comedores, entre otros. Las *facilitadoras* pusieron el mapa arriba de la mesa, dieron la consigna de colocar los iconos en el mapa y explicar el tipo de vínculo que se entablaba con esos lugares. Las escuelas fueron uno de los primeros lugares señalados con un icono, en el *área programática* del CAPS había cinco escuelas y dos jardines, muchos de los adolescentes y niños que asistían a los grupos terapéuticos del CAPS iban a esas escuelas y, además, algunas profesionales de salud mental también habían trabajado allí. Mientras se señalaban los límites con el municipio contiguo, la radióloga comentó que era vecina de la zona y, por su religión, caminaba mucho por las calles del barrio y sabía que muchas personas del municipio contiguo asistían al centro de salud. Siguiendo el mapeo, ubicaron el Centro Deportivo Municipal, tres clubes más de la zona con canchas de fútbol y el *corredor saludable* que había mencionado el intendente. Como el centro materno infantil es el que está más cerca del CEAMSE, se lo ubico en el mapa como otra referencia a tener en cuenta. La radióloga dijo que veía como los

camiones de basura *rellenaban las tosqueras* y la gente esperaba que se rellenen para poner las casas. *Cuando llueve es un problema porque al estar sobre la basura se terminan cayendo todas las casas, hay caballos que se caen en los pozos y no los pueden sacar.* La radióloga dijo que *los días de lluvia como hoy, las napas están altas y hay inundaciones, después la gente está con problemas respiratorios.* El mapeo fue otra herramienta de registro ya que dejó asentado el conocimiento que tenían los agentes de salud respecto al territorio en el que trabajaban y además fue un recurso para la implementación, se registró la base desde la que se partía para lo que luego sería la implementación de las *áreas de responsabilidad* y también el fortalecimiento de los vínculos *con la comunidad.*

Como se venía hablando de la prevención de la obesidad apuntando al sedentarismo, se señaló el centro deportivo municipal como un lugar posible de *articulación*, es decir, de posible vínculo institucional a futuro. La radióloga dijo que el centro deportivo *es hermoso, pero está vacío, no va nadie, la zona es insegura* y además *piden electrocardiograma para entrar y no hay quien lo haga.* La profesional les pedía a las facilitadoras *agilizar el tema*, es decir, que el electrocardiograma se pueda hacer en los CAPS, porque las personas intentan ir al centro deportivo, pero, como los trámites son engorrosos, *no van más.* En esa sintonía la psicóloga planteaba que las personas no van al centro deportivo municipal porque *se traba mucho, es muy burocrático.* El reclamo de las profesionales era que la dificultad de la gente en el acceso a los servicios deportivos municipales está dado por cuestiones burocráticas como la exigencia del electro para obtener el carnet que se agravan por la falta de profesionales en los CAPS. El equipamiento para realizar electrocardiogramas estaba disponible, pero no había personal que se encargara de la tarea. Ante esta dificultad se les pedía a las *facilitadoras* que colaboren para *agilizar* el tema. A las *facilitadoras* los trabajadores las veían como posibles canales de comunicación con la Secretaría de Salud agilizando la resolución de diferentes cuestiones que les preocupaban.

Las experiencias de mapeo son analizadas desde la antropología desde diferentes puntos de vista, en muchos casos relacionados con las demandas de pueblos indígenas para con sus territorios (Castelnuovo, 2015, Guiñazu 2017). En esos trabajos los mapas ilustran

cómo las comunidades poseen, utilizan y habitan las tierras, también como el ordenamiento territorial puede ser impulsadas por agencias hegemónicas como el Estado. Álvarez Ávila (2022) considera que dada la diversidad de agentes y agencias que recurren a los mapeos (pueblos indígenas, ONG o el mismo Estado), pueden estar abiertos a múltiples lecturas con potenciales e indeseables resultados afectando de diferentes maneras a quienes lo llevan adelante. En nuestro caso, el mapeo fue llevado adelante por una política pública que tiene como destinatario a los trabajadores del mismo Estado intentando modificar las representaciones espaciales de sus trabajadores. En la interacción entre implementadores y destinatarios, la dinámica de mapeo colectivo puso en común concepciones sobre el territorio de los participantes relacionados tanto con la experiencia de trabajo de cada uno como con su vida como vecinas del barrio. La inseguridad generaba efectos en la radióloga como vecina ya que no podía ir a correr a la plaza porque le habían robado y también como trabajadora del CAPS ya que era difícil articular con el centro deportivo de zona para prevenir el sedentarismo ya que *no iba nadie* porque *la zona era insegura*. Por su parte, para la diabetóloga la inasistencia al centro deportivo era por problemas burocráticos respecto a la adquisición del carnet. Para ella, las facilitadoras podían ayudar a solucionar ese problema ya que desde su visión tenían más llegada a la Secretaría de Salud. Según los esquemas que se mostraban en los manuales, las facilitadoras eran el *dispositivo de enlace* entre la *gestión de los centros de salud y la comunidad*. El mapeo fue una forma de poner en común los principales actores con los que interactuaba el centro de salud, posibles acciones futuras y las problemáticas en salud asociadas a dicho territorio y actores. Las inundaciones, la basura y los problemas habitacionales tenían repercusiones en la salud de la población que asistía al CAPS, tanto es así que la radióloga decidió hacer su tesis sobre dicha problemática.

A mediados del año 2019 comenzó a llegar la “Guía de estado de avance de implementación” y dentro de los ítems a completar estaba la construcción de *áreas de responsabilidad* y el proceso de *nominalización*. Como ya se mencionó, uno de los objetivos del *Modelo de Gestión y Atención* era la construcción de *áreas de responsabilidad* donde los diferentes equipos nucleares tengan la *responsabilidad* de la salud de la población dentro de las *áreas programáticas*. Respecto al concepto de

*responsabilidad*, se intentó instalar una idea de responsabilidad “nueva” a la de los agentes de salud, relacionada con el *cuidado y el seguimiento* de los habitantes de una determinada área. Retomando los lineamientos del capítulo uno donde se muestra que los formuladores discuten con la patologización de la atención en los servicios de salud, la “nueva responsabilidad” se asocia a un seguimiento de salud relacionado con la localización y el domicilio de residencia.

Como se explicó en el capítulo uno, cada *equipo nuclear* estaba compuesto por un médico generalista, enfermera, promotora de salud y pediatra. De acuerdo a la cantidad de población del *área programática* del centro de salud se calculaba la cantidad de *equipos nucleares* que se le asignarían a cada CAPS. Para verificar que tanto esta acción como los otros ejes de la política se estaban llevando adelante, el *equipo transversal* le indico a los diferentes municipios que completen una *Guía de estado de avance de implementación*<sup>34</sup> En la Guía se solicitó entre otras cosas, que los integrantes de los *equipo nucleares* conocieran los límites de su *territorio de responsabilidad* (sub-área programática) haciendo *mapeo de actores y activos comunitarios, nominalización de las familias a cargo* (nombre y características de cada familia), señalando *grupos poblacionales que necesitaban mayor asistencia/acompañamiento/cuidado* (personas recientemente dadas de alta, mujeres en proceso de gestación) por parte del CAPS creando *indicadores* para su seguimiento desde las *proformas*. La *nominalización* implicaba que cada *equipo nuclear* tuviera una cantidad de manzanas y familias “a su cargo”, la identificación de las familias con su nombre y apellido siendo asignadas a un equipo nuclear correspondía a la idea de *continuidad del cuidado y descentralización territorial*. En las *áreas de responsabilidad* no había sólo familias sino también organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas con las que el equipo nuclear debía interactuar. La definición de las áreas era un punto de los tantos objetivos que las facilitadoras del eje *Modelo de Gestión y Atención* tenían que cumplir.

---

<sup>34</sup>La guía se componía de seis puntos y varios sub-ítems colocando el grado de avance de cada uno. Los ítems por los que se consultaba se relacionaban con la metodología de Gestión Participativa Basada en Problemas, la participación de la comunidad, la comunicación con la población, las capacitaciones del equipo y la historia clínica electrónica.

El geógrafo Blanco (2007) retomando a David Harvey para analizar la incidencia que tiene el Estado como actor privilegiado en las prácticas sociales que afectan al espacio. Para el Estado la integridad del territorio son sus objetivos en un grado tal que no es característico de los otros agentes. A su vez, “en virtud de su autoridad, puede dar forma más firme y cohesión a las alianzas regionales de clase a través de las instituciones de la ley, la gobernanza, participación política y negociación, poder militar y represión” (Op cit., p.47). En este caso, el Estado a través del Ministerio de Salud de la Provincia fue un agente activo en la producción del espacio intentando generar modificaciones en las representaciones de los agentes de salud y su responsabilidad en el territorio tanto a nivel de la integración de la gestión en salud de la Provincia y Capital pensando al AMBA como unidad sanitaria, como a nivel local organización el territorio sanitario dentro de los mismos municipios. La definición de *áreas de responsabilidad* ordenaba el territorio sanitario local reorganizando el seguimiento en salud de los usuarios.

A mediados del 2019 empezaron a hacerse reuniones de *equipo nuclear* con *mapeos colectivos* de las *sub-áreas* asignadas a cada *equipo nuclear* y se imprimieron mapas para colocarlos en la sala de espera para comunicarle a la población donde se tenían que atender según la localización de su domicilio. Cada *equipo nuclear* debía tener setecientas *familias a cargo*. La idea era que en cada reunión de *equipo nuclear* se instalara la *lógica de equipo* y que se hablara de las familias que le pertenecían a cada área generando mayor conocimiento de ella, y un seguimiento más cercano de su salud, fomentando también el vínculo con otras instituciones con las que el CAPS podía articular. Entonces el cambio involucraba tanto a la población que tenía que ir al CAPS que le corresponde según su área a atenderse como a los profesionales que tenían que incorporar a su trabajo el mapa del área que le correspondía son sus respectivas familias. A su vez, la *lógica de equipo* se materializaba con la asistencia a los diferentes tipos de reuniones, reuniones de *equipo nuclear* con la asistencia de cuatro agentes de salud, reuniones de *equipo matricial* con la incorporación de otros especialistas como trabajadores sociales y ginecólogos entre otros, y reuniones de *equipo completo* que incorporaba otras instituciones del territorio en cual, en nuestro caso, se llevó a cabo a través de lo que se llamó *mesa interinstitucional* que explicaremos en el próximo apartado. En palabras del coordinador general Fernán Quiroz

respecto a la función del *equipo nuclear*, la *verticalidad del estado* se tiene que *horizontalizar en el equipo nuclear*. Como mencionamos anteriormente, la *horizontalidad* estaba valorada desde la política, y eran los *equipos nucleares* quienes la llevarían adelante en el territorio. Cabe aclarar que el municipio fue uno de los únicos que inició el proceso de definición de *áreas de responsabilidad* en aquellos momentos. La prioridad del eje *modelo de gestión y atención* en general estaba dada por la incorporación de las *reuniones de equipos* a la rutina de los CAPS, la construcción de *proformas* y también los *proyectos comunitarios*. Hay que tener en cuenta que las diferentes iniciativas estaban sujetas también a la disposición, aceptación y colaboración de la Secretaría de Salud de cada municipio. En el caso del municipio que nos ocupa la subsecretaría de salud que era la encargada de hacer el seguimiento de la política con reuniones semanales con el coordinador de implementación, señaló en varias ocasiones que el proceso de *nominalización* y definición de las áreas no era prioridad sin embargo a mediados del año 2019 el proceso se inició.

Respecto a la iniciativa de ordenamiento por *áreas y sub áreas programáticas*, los conflictos surgidos fueron varios. En las reuniones realizadas en CAPS se generaron debates sobre la cantidad de población correspondiente a cada área. La promotora de salud señaló que en el Censo del INDEC del 2010 se contabilizó una cantidad de viviendas, pero en realidad había muchas más. En los barrios había construcciones verticales con viviendas multifamiliares por lo que, según su punto de vista, había que repensar la cantidad de *equipos nucleares* que le correspondían al centro de salud. Esa discusión se dio también en *zona sur* donde los centros de salud solicitaron lo mismo argumentando que la cantidad de población de su área programática era mayor. Recordemos que de la cantidad de *equipos nucleares* asignados a cada centro dependía de la cantidad de agentes de salud que se iban a incorporar a trabajar a cada CAPS, y ello dependía de la cantidad de familias relevadas en el último Censo con un número de familias que no era el actual. Hay que tener en cuenta que se trataba de centros de salud que estaban necesitados de incorporación de personal por la cantidad de demanda de atención que tenían. En cuanto al ingreso de personal, las entrevistas del área de recursos humanos del municipio se estaban realizando paulatinamente afectando a la cantidad de personas que podían asistir

a las reuniones del *equipo nuclear*. Es decir, a las reuniones asistían menos trabajadores que lo pautado porque todavía faltaba realizar nuevos ingresos. La incorporación de personal correspondiente a la implementación del eje *recursos humanos* de la política se inició con el ingreso de los promotores de salud a fines del año 2018. Recordemos que los promotores eran parte del *equipo nuclear*, a cada CAPS se le asignaría tanta cantidad de promotores como familias en la zona haya. Antes de ese momento, no existía la función en ninguno de los centros de salud y era un rol muy esperado por los trabajadores de los CAPS.

La *nominalización* y construcción de *áreas de responsabilidad* implicaba según las facilitadoras y el coordinador de implementación, *conocer el área programática y las zonas más vulnerables*. A su vez, formaba parte de un *proceso de re vinculación* de los pacientes con los trabajadores de cada *equipo nuclear* que le era asignado según el domicilio de residencia. Según él, no había que obligar a nadie a que vaya a uno u otro, sino invitarla e informarle cuál iba a ser su CAPS de referencia. *Si la persona no quiere por ejemplo ir con el pediatra del área que le corresponde, la idea es que se mantenga la vinculación entre profesionales*. Por su parte, para una de las obstétricas, era una iniciativa expulsiva porque *por ejemplo las chicas del municipio de al lado van y vienen, a veces se atienden allá, otras acá. Es expulsivo porque le tenemos que decir que no, que se atiendan en su zona programática*. Según la obstétrica todo esto iba a generar que se *bajen las estadísticas y los tiempos; después la secretaria de salud pide números*. Para ella, decirle que no se atiendan en ese CAPS sino en el CAPS que le correspondía según el domicilio podría generar que baje la cantidad de casos atendidos en el CAPS, cuestión relevante para la Secretaría de Salud que según las trabajadoras “medía” la eficiencia del CAPS teniendo en cuenta la cantidad de casos atendidos. Dentro de esa lógica había CAPS que atendían más pacientes que otros y, por lo tanto, eran más productivos, eficientes. Otro de los debates y conflictos surgidos frente a la iniciativa se relacionó con “la rigidez” con que esta nueva modalidad de atención y asignación de turnos era comunicada por el área administrativa a la población. Ante algunas situaciones producidas por la negativa de entrega de turnos por parte de las administrativas, la directora de uno de los CAPS tuvo



que aclarar que *no se puede negar la atención nadie, se lo atiende y después se lo deriva a su área programática.*

El área administrativa fue la encargada en primera instancia de comunicar sobre los cambios en la atención según *área programática* a la población. Para informar en qué CAPS correspondía atenderse según la localización de la vivienda se utilizó el trámite del *empadronamiento* que consistió en el pedido de datos a cada usuario que venía a atenderse para inscribirlos en la historia clínica digitalizada. Cuando una persona se acercaba para solicitar turno, las administrativas explicaban las modificaciones generadas por la política respecto a la digitalización de la historia clínica y el requisito de correspondencia entre el lugar de residencia y la atención en el centro de salud para poder ser atendido. Según ellas, la información sobre el cambio en la atención generó descontento y quejas de parte de la población que se venía atendiendo en cada CAPS porque había confianza con los profesionales y no querían cambiar de lugar y profesional. Lo mismo sucedía con los residentes de otros municipios ya que no querían dejar de ser atendidos. A su vez, la iniciativa generó inconvenientes entre los CAPS de *zona norte* ya que las personas empezaron a circular entre CAPS aduciendo que la administrativa no le quería dar turno. Finalmente, la Secretaría de Salud decidió suspender la iniciativa hasta que los *equipos nucleares* no estuvieran completos ya que algunos usuarios realizaron denuncias por la negativa de ser atendidos. El coordinador de implementación le asignó la responsabilidad de continuar con la nueva dinámica a los coordinadores de los centros de salud una vez que se incorporara la cantidad de profesionales que faltaba. Las tensiones por los cambios en la organización de la admisión originaron una “confrontación de espacialidades” (Canelo, 2012: 50) entre la propuesta de la política, la experiencia de los trabajadores de los centros y los usuarios lo cual derivó en que se cancelara la propuesta.

Por último, me interesa retomar la idea de “puestos de control” que Das y Poole les atribuyen a los márgenes del Estado. Si bien la idea de margen del estado ha sido criticada, creo que el concepto de “puesto de control” tiene cierta utilidad. Como hemos visto, las administrativas tenían el poder de habilitar quiénes estaban afuera o adentro del acceso al servicio de salud en determinado CAPS. Así, los límites espaciales del *área programática*

y de la jurisdicción municipal se traducían en condicionamientos y requisitos respecto a la adquisición de un derecho. Estos requisitos estaban representados por agentes de salud que ejercían un control y podían cumplir con la normativa vigente con más o menos compromiso según criterios de confianza personal o grado de gravedad del cuadro de salud. La Red pública de salud AMBA incorporó un nuevo requisito para el acceso al servicio relacionado con el domicilio que figure en el documento y los límites del *área programática*. Las tensiones producidas con las administrativas sobre los cambios generaron que el coordinador municipal de implementación, las *facilitadoras* y el coordinador de los centros tuvieran que aclarar que lo más importante era que la persona fuera asistida, y después se le informara a dónde debería ir. Las encargadas de “educar” a la población respecto a donde debían ser atendidas eran las administrativas.

Como se expresó en el capítulo dos, antes de que comience la implementación de la política el personal administrativo podía habilitar (o no) la adquisición de un servicio considerando el municipio de residencia. La llegada de la Red Pública de Salud AMBA se propuso incorporar las *áreas programáticas* al trabajo cotidiano de los profesionales médicos, no médicos y también al trabajo de las administrativas. La nueva organización espacial se tradujo en un nuevo requisito para ser atendido basado en la localización del domicilio de residencia según *área programática*. Las administrativas tenían que incorporar a su trabajo cotidiano el “educar” a las personas donde se debían de atender evitando la *migración* de un centro de salud al otro. Las administrativas fueron las encargadas de llevar adelante la “educación espacial” a los usuarios para que puedan adquirir el servicio. Además de eso, fueron capacitadas por los implementadores para abrir las historias clínicas digitalizadas de cada usuario para que pueda ser atendido con esta nueva tecnología. También tenían que aprender a utilizar el sistema electrónico de asignación de turnos y estar al tanto de las agendas de los profesionales con los tiempos de reunión, tiempos de trabajo comunitario, tiempos de atención y tiempos de capacitación. Sin embargo, la función administrativa no figuraba en los manuales como parte de los diferentes tipos de “equipos” estandarizados (*nucleares, ampliados y completos*) que debían funcionar en los centros de salud. Como no formaban parte de los equipos tampoco formaban parte de la estandarización de los salarios ni de las horas de

capacitación intrínsecas a su trabajo quedando su definición a merced de las decisiones de la Secretaría de Salud municipal. Es decir, los saberes no profesionales y enorme cantidad de tareas que debían hacer y aprender durante la implementación no estuvo contemplado en el proyecto de la política.

Respecto a la iniciativa de construcción de *áreas de responsabilidad* para la atención, antes de la llegada de la política el criterio para la adquisición del servicio tenía en cuenta el municipio de residencia, luego durante la implementación se impulsó un proceso de *migración* donde las personas no solo tenían que respetar el municipio de residencia para ser atendidas sino también la zona donde estaba ubicado su hogar. Recordemos que según explicó el coordinador general de la política, Fernán Quiroz, la idea era que los *equipos nucleares horizontalicen* la gestión sanitaria. Las unidades mínimas de gestión, los *equipos nucleares*, se vincularían de forma más cercana con la población del territorio en el que se encontraba cada CAPS fomentando, mediante los proyectos construidos a partir de la *proforma*, los lazos *comunitarios* y el seguimiento de los profesionales a las familias generando la *continuidad del cuidado*. Los cambios en la gestión y atención que comenzaba por los *equipos nucleares* modificaba la gestión sanitaria en todos los niveles del sistema. A su vez, tener un conocimiento más detallado de las *familias a cargo*, las familias destinadas a cada *equipo nuclear*, fue una manera de tener un registro más minucioso de la población que le corresponde a cada CAPS respecto tanto a la atención, es decir, a la atención en salud de los profesionales con los pacientes en el territorio, como a la administración, donde las familias de cada zona estarían registradas digitalmente mediante la historia clínica electrónica. Aumentar el registro digital de la población de cada zona generaría potencialmente la capacidad de parte del Estado de tener un conocimiento estadístico, epidemiológico, de la salud del territorio del AMBA.

### La mesa interinstitucional

En el presente apartado analizaremos la modalidad de participación relacionada con la incorporación de organismos públicos y de la sociedad civil en la gestión de los CAPS a través de la conformación y desarrollo de lo que se llamó *La mesa interinstitucional* (en adelante *La mesa*). Veremos como la participación en la práctica se construye de una

manera menos lineal y directa de lo que las definiciones de la política plantean. El recorte temporal lo realizamos entre marzo y diciembre del 2019 basados en el cambio de gestión provincial ocurrido en el último mes de ese año tras las elecciones nacionales, provinciales y municipales de octubre. Durante ese lapso, la participación de *La mesa* fue principalmente de referentes institucionales de *zona norte* del municipio, en la gran mayoría de los encuentros no se integraron vecinos del barrio. Estuvieron presentes referentes de clubes, comedores, escuelas, servicios de derechos de infancia y adolescencia, gestores de políticas de género municipales, coordinadores de salud mental y adicciones, directores CAPS, administrativas, promotoras de salud y médicos. En la primera parte del apartado detallaremos los pasos previos al surgimiento de *La mesa* en lo que se llamó *reuniones intercaps*. La segunda parte describiremos su desarrollo y analizaremos algunas tensiones surgidas en él. Veremos cómo dentro de las problemáticas mencionadas en las reuniones las cuestiones “burocráticas” eran mencionadas reiteradamente. La modalidad de gestión pensando en “problemas” y “soluciones” atravesó la dinámica de las charlas de *La mesa* incluyendo a referentes de instituciones que no pertenecían directamente al campo de la salud.

Las *facilitadoras* fomentaron la construcción de la mesa con el objetivo de reunir actores del mismo territorio para que dialoguen y generen acciones conjuntas. La idea era primero generar esos espacios y luego, una vez que esté funcionando, propiciar mecanismos para que “los vecinos” se acerquen. En ese sentido reflexionaremos acerca de las modalidades que puede tener la participación de acuerdo al momento y el tipo de relación de las personas que integran las reuniones.

Hasta el momento hemos visto cómo los trabajadores de la salud y las *facilitadoras* intervinieron en el curso de la implementación de la política según diferentes problemáticas. La alimentación, como se mencionó anteriormente, fue una preocupación que surgió en todos los centros de salud. A medida que se desarrolló el proceso de implementación, la temática se complejizó y cruzó con otros factores incorporando la perspectiva de género a las discusiones. Tales inserciones no fueron planificadas por la política en su formulación, sino que fueron fruto de las experiencias previas de las personas involucradas, los perfiles profesionales que formaron parte de la discusión y

también la coyuntura de aquellos momentos. El *mapeo interno* que hizo el equipo de implementación antes de ingresar a los centros de salud dividió el lugar de trabajo de las *facilitadoras* por *zonas*, correspondiéndole a cada *dupla de facilitación* entre tres y cuatro centros de salud. La división *por zonas* permitió que las implementadoras, entre ellas yo, entraran en contacto con los trabajadores de diferentes CAPS de la misma área. Esto permitió identificar que los centros de salud, incluso los que se encontraban relativamente cerca, tenían muy poco vínculo entre sí a pesar de que muchas veces tenían similares preocupaciones. El vínculo entre las administrativas de los diferentes CAPS era sobre todo para derivación de pacientes o intercambio de medicamentos. Respecto a las relaciones entre lxs profesionales medicxs, estas eran prácticamente nulas, salvo por comunicaciones informales entre lxs coordinadores y algunas psicólogas que compartían actividades profesionales en otros espacios. El área de salud mental era la única que tenía reuniones mensuales de manera sistemática desde antes de la llegada de la política, lo cual hacía que se mantenga un contacto fluido entre profesionales del área. Sin embargo, más allá de estas cuestiones, las articulaciones entre CAPS eran prácticamente nulas. El coordinador de implementación y algunas de las facilitadoras, entre ellas yo, teníamos reuniones mensuales con la coordinadora del área de salud mental para identificar posibles acciones conjuntas. Con el tiempo se sumó la coordinadora del área de *adicciones* quien había ingresado recientemente a trabajar al municipio y le interesaba el contacto con las facilitadoras para poder insertarse a los CAPS. Ambas profesionales y coordinadoras participaron de la *mesa interinstitucional* desde sus comienzos.

Debido a la poca relación y espacios de encuentro, de los trabajadores de los tres CAPS de *zona norte*, tanto profesionales como no profesionales, las *facilitadoras* con el aval del coordinador de implementación, propusieron a los directores de los centros empezar a hacer *reuniones intercaps* mensuales. La idea era comenzar con estas reuniones para en un futuro ir sumando actores, como organizaciones sociales, vecinos e instituciones que trabajen en los barrios de la zona. La primera reunión se realizó en marzo del año 2019 con la asistencia de los directores de los tres centros *de zona norte*. La coordinadora de uno de ellos de profesión trabajadora social, ofició de anfitriona diciendo que en *zona sur* había una mesa de trabajo barrial donde a veces los CAPS participaban y que la idea era

hacer algo parecido en *zona norte*, en principio entre centros de salud, con la intención de *conocer y optimizar recursos*. También señaló que la Secretaría de Salud tenía conocimiento sobre la iniciativa ya que lo había hablado con el coordinador de implementación de la política. En esa primera reunión, se habló de un tema burocrático, administrativo: los coordinadores pidieron que los encargados de farmacia, que en varios CAPS eran las administrativas, dejen *todo asentado* por escrito cada vez que se intercambiaban medicamentos entre CAPS por algún faltante. Al finalizar la reunión, se agendó fecha del próximo encuentro y se armó un grupo de WhatsApp.

La segunda *reunión intercaps* se realizó en mayo del 2019 donde asistieron el coordinador de uno de los CAPS de la *zona norte* de profesión médico ginecólogo, administrativas de los tres centros de salud; y la psicóloga de uno de los CAPS recientemente nombrada coordinadora. Los directores hablaron del aumento de casos de enfermedades respiratorias que estaban atendiendo y pensaron en planificar la atención de otra manera en la temporada de invierno. Las *facilitadoras* hablaron de la *gestión asociada y el equipo de salud completo* con la idea de que en futuras reuniones se incorporen representantes de escuelas, clubes, centros culturales o comedores de la zona. La coordinadora psicóloga, además de trabajar en los centros de salud y ser vecina del barrio, por la tarde trabajaba en equipos de orientación de las escuelas de la zona. La propuesta de invitar a otros referentes institucionales del barrio le pareció buena idea. Posteriormente a la reunión se puso en contacto con los que ella conocía: directores de comedores, clubes, escuelas y programas educativos estatales. La iniciativa derivó en que la reunión cambie de nombre pasándose a llamar *mesa interinstitucional* la cual tuvo su primer encuentro en julio de aquel año.

Por entonces, los encuentros *de la mesa* se realizaron en los SUM recientemente construidos en las obras de infraestructura, de manera rotativa en los tres CAPS de la zona y en el centro deportivo municipal. En la primera reunión participaron: la referente zonal del programa provincial *Envión* diseñado para *lograr la inclusión socioeconómica, política y cultural de los jóvenes*<sup>35</sup>; la referente de un programa municipal contra la

---

<sup>35</sup>[https://www.gba.gob.ar/desarrollo\\_de\\_la\\_comunidad/asistencia/envion](https://www.gba.gob.ar/desarrollo_de_la_comunidad/asistencia/envion)

violencia de género; el director del centro deportivo municipal, un psicólogo representante de una organización política territorial donde funcionaba un comedor e implementaba un programa de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) cerca del camino del Buen Ayre; la nueva directora de profesión médica emergentóloga de uno de los CAPS; los directores de CAPS psicóloga y ginecólogo; la psicóloga de uno de los centros de salud de la zona, una trabajadora social, una pediatra, las promotoras de salud de los tres centros y las facilitadoras.

La consigna por parte de *las facilitadoras* fue que hablen de los principales *problemas* que cada organización veía relacionados con la salud de la población y acceso a los servicios. De manera similar a lo sucedido en las anteriores reuniones de *la mesa*, los problemas administrativos, burocráticos, volvieron a emerger. La referente del programa para jóvenes afirmó que asistían a él más de cien adolescentes y mencionó las dificultades para acceder al apto médico para el ingreso al centro deportivo que quedaba a pocas cuadras del lugar donde estaban. Frente a esto, el coordinador de uno de los CAPS propuso que el enfermero de su CAPS sea el encargado de realizar el electrocardiograma, luego otra de las coordinadoras se ofreció a realizar los aptos médicos. Por su parte, desde el centro deportivo municipal pidieron que los CAPS difundan las clases que realizaban en el lugar, ya que quizás las personas no concurrían porque no les llegaba la información de las actividades que se ofrecían allí. Siguiendo la metodología que se llevó adelante en las *reuniones de equipo*, las facilitadoras explicaron que la idea era que se eligiera un *problema* para trabajar entre todos. Uno de los coordinadores comentó que el equipo de psicología del CAPS dijo que habían aumentado mucho los casos de Abuso Sexual Infantil (ASI) en la zona, luego los participantes de la mesa estuvieron de acuerdo en trabajar ese tema. Las iniciativas de la *reunión intercaps* en un principio y posteriormente la *mesa interinstitucional* no tenían como objetivo inicial incluir a “vecinos” del barrio, aunque se planteó la posibilidad de su incorporación en un futuro cuando *la mesa* se consolide.

Para analizar la iniciativa de la *mesa interinstitucional* me interesa retomar el trabajo de Ferrero y Arach (2022) quienes reflexionan acerca de la idea de participación en el marco de áreas protegidas de conservación en el Delta del Paraná. Los autores presentan un tipo

particular de participación a la que definen como “burocrática”, dando cuenta de cómo la misma involucra básicamente a representantes de instituciones y organizaciones formalmente legitimadas, mientras que reduce la participación de la sociedad civil a representantes de comunas o municipios. Por su parte Trentini F, Giñazu S, Carenzo S (2022) analizan dicho trabajo planteando que ante las afirmaciones que sostienen que en este tipo de encuentros “no hay participación” o que “la participación es simplemente un método de dominación”, se puede ver desde una perspectiva situada, la complejidad que este concepto -en tanto práctica- encierra, y cómo aun el propio concepto de “participación burocrática” presenta disputas entre aquellos sujetos “habilitados” (o no) a participar. Esto permite plantear que *la integración de un organismo consultivo no debe ser evaluada de antemano positiva o negativamente, sino que estas instancias devienen espacios de oportunidad política que los sujetos van aprovechando, disputando y hasta modificando en el proceso de desarrollo de las políticas*” (Op cit. 2033: 13). Al respecto, en aquellos momentos, desde la coordinación de implementación se decía que la mesa de *zona norte* no era *realmente participativa* en comparación con la de *zona sur*. Dicha mesa estaba situada en uno de los barrios populares más grandes del país compuesto por más de veinticinco torres habitacionales. El lugar tiene otra historia de intervención de organizaciones de la sociedad civil en las dinámicas del barrio que incluyen a diferentes iniciativas participativas, entre ellas la conformación de mesas barriales de la cual el CAPS ubicado en dicha zona ocasionalmente integraba. Como en *la mesa de zona norte* inicialmente no participaban “los vecinos” sino que era un plan a futuro una vez las reuniones con los CAPS y las instituciones del barrio se consoliden, una parte del equipo de implementación decía que *la mesa* no era “verdaderamente” participativa. Se generó una diferencia de sentidos respecto al concepto de participación dentro del equipo de implementación. Para una parte de las facilitadoras y el coordinador de la política estaba asociado a la incorporación de “vecinos” mientras que, para las facilitadoras de *zona norte*, la incorporación de organizaciones sociales y organismos públicos como escuelas, centros deportivos y comedores que funcionaban en el barrio, ya era una forma de generar “participación”, sobre todo teniendo en cuenta que ninguno de los CAPS de la zona integraba espacios de reunión barriales. Las *facilitadoras*, entre ellas yo, queríamos



generar la “insistencia” justa, es decir, incentivar la incorporación de actores barriales a la mesa, pero tampoco hacerlo de manera “forzada”, ya que pretendíamos respetar los tiempos que los trabajadores de los centros tenían para la incorporación de nuevas personas. Además, la dinámica de las reuniones estaba siendo fluida, como veremos a continuación, los asistentes a las reuniones estaban expresando sus opiniones y se veían comprometidos en generar acciones juntos. Desde el equipo de *facilitación* queríamos ir viendo qué desarrollo iba teniendo dicho proceso.

Me interesa retomar a los autores para pensar los límites y posibilidades de las propuestas participativas en sus diferentes modalidades teniendo en cuenta la complejidad que encierra analizar la práctica de trabajo de quienes la llevan adelante. Tomar el concepto desde una perspectiva amplia nos permite analizar cómo dichos espacios forman parte de procesos políticos locales donde se aprovecha, disputa y en algunos casos modifica el proceso de desarrollo de las políticas. Las evaluaciones de antemano respecto a cuándo hay o no participación pueden llegar a obstruir las iniciativas anulando su desarrollo. En nuestro caso, los integrantes de la *mesa interinstitucional* eran personas en su gran mayoría legitimadas por el Estado por participar en distintas instituciones públicas o programas, sin embargo, algunos de ellos pertenecían a organizaciones políticas opuestas a la gestión municipal. La afinidad que los integrantes de *la mesa* tenían fue la de pertenecer a una misma zona, generar vínculos a partir de su trabajo cotidiano porque asistían a la misma población y también, en varios casos, la afinidad partía de pertenecer a la misma disciplina: psicología. A su vez, me interesa tomar el concepto de “participación burocrática” que proponen los autores ya que algunos de los temas tratados en la *mesa interinstitucional* iban en este sentido. Los problemas en la obtención del carnet para acceder al centro deportivo municipal, el compartir los medicamentos si alguno faltaba, el interés por parte del coordinador del centro deportivo en publicitar en los CAPS las actividades que allí se hacían eran temas “burocráticos” que limitaban el acceso a los diferentes servicios públicos. Al respecto, y teniendo en cuenta el lugar que dichos temas ocupaban en las reuniones considero que los temas “burocráticos”, no son menores, sino que en muchos casos pueden facilitar o anular el acceso a los servicios públicos.

En próximas reuniones, se siguió trabajando en función de *problemas*, tomando la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* que desde la política se estaba fomentando. Por la temática de Abuso Sexual Infantil (ASI) elegida en el mes de julio la coordinadora psicóloga invitó a la coordinadora municipal de salud mental y a la coordinadora del área de *adicciones* que cambió su nombre a *consumos problemáticos* en esos meses, a participar de las reuniones. En agosto también fueron la referente del municipio de SEDRONAR, la mayoría de los asistentes del encuentro del mes de julio y encargados de un comedor de la zona. La reunión fue encabezada por la nueva coordinadora de uno de los tres CAPS de profesión médica emergentóloga quien comenzó diciendo que ya se estaban haciendo los aptos físicos con la intervención de los CAPS de la zona según lo pautado. Es decir, ante la problemática de acceso al centro deportivo por la realización del electrocardiograma, la médica estaba presentando una respuesta, una solución y acción concreta. Respecto a la problemática de ASI, la coordinadora de salud mental municipal propuso armar un *protocolo participativo* incorporando a otros organismos públicos para que sea debatido en la próxima reunión. Respecto a dicha problemática, recordemos que una parte de las trabajadoras de uno de los CAPS habían elegido la temática de salud sexual y reproductiva para construir la *proforma*, además que algunas de ellas estaban realizando capacitaciones organizadas por el equipo de implementación de la política en la temática. Tanto a las trabajadoras del CAPS como a la coordinadora, la temática de Abuso Sexual Infantil las interpelaba.

Sobre la estandarización de las formas de atención y nuevos procedimientos sanitarios que incluyen la construcción de protocolos, como propuso la coordinadora de salud mental del municipio, en el caso de salud como en otras áreas del Estado, es usual que estén, muchas veces con la idea de “bajar” los lineamientos del ministerio de salud mediante recomendaciones que se traducen en normativas para la atención. Al respecto, García G. (2013) estudia la construcción y ejecución de rutinas y estándares de atención en la transmisión perinatal de VIH. Para mostrar las mejoras que la incorporación de un test a la rutina de atención trajo se tenían que mostrar los números de la “eficacia” que generaba dicho cambio. Los cambios se tradujeron en “nuevas normas” que se materializaron en la construcción de un nuevo protocolo de procedimientos acordado delimitando así un nuevo

circuito de atención para embarazadas. La autora retoma a Byron Good (2003) quien señala que la constitución y la distribución de rutinas de atención son parte de las actividades interpretativas a través de las cuales se construye el objeto de intervención médica. En este sentido, las normas no sólo controlan las prácticas, sino también configuran definiciones aceptables de la realidad (1994: 82); así se controla el error, se organiza la realidad en términos médicos y se definen, de manera idealizada, modos de interactuar con ella (op cit 96: 2013). Se instituye a los sujetos como “pacientes” y a sus padecimientos y malestares en “casos” de enfermedad (o “no-enfermedad”)(Frankenberg, 1992), desatendiendo su mundo de vida y formulándolos en términos de “proyectos médicos”. En esa rutinización, se expresa la racionalidad técnica de la biomedicina (Menéndez y Di Pardo, 1996). En el manual para las facilitadoras la idea era “problematizar” y construir el documento *proforma* o también generar acuerdos sobre nuevos “circuitos”, que, según el manual, se podían materializar en el armado de un *protocolo de continuidad de cuidado*. La construcción de dicho instrumento se relacionaba con el concepto de *innovación* y la creación de *tecnologías sociales* que serían *productos, técnicas y/o metodologías replicables desarrolladas en la interacción con la comunidad y que representan efectivas soluciones de transformación social*. Como ejemplo de *tecnología social* los formuladores de la política proponen: *las actividades comunitarias, consensos de procesos, protocolo de continuidad de cuidado, de guías de atención, de gestión, acciones co-construidas, dinámicas de trabajo y softwares de registros desarrollados*. En la práctica de implementación la idea es que surjan *tecnologías sociales* mediante la construcción de consenso en las *reuniones de equipo* generando nuevas relaciones con la comunidad. En este caso la propuesta de la coordinadora de salud mental de armar un *protocolo* sobre ASI para que sea intervenido por los participantes de la mesa, coincide con la propuesta de estandarización de la gestión que figuraba en los manuales de implementación de la Red pública de salud AMBA. Dicha coincidencia no es casual ya que los *protocolos* en muchos servicios de salud estructuran los circuitos de funcionamiento y organización institucional en diferentes temas. En el manual para las facilitadoras la idea era *problematizar* y construir el documento *proforma* o también

generar acuerdos sobre nuevos circuitos, que, según el manual, se podían materializar en el armado de un *protocolo de continuidad de cuidado*.

En aquellas primeras reuniones los coordinadores de los CAPS enfatizaron que el grupo de WhatsApp y los encuentros presenciales *estaban funcionando bien*, había aumentado la comunicación entre las organizaciones y los centros de salud. Es decir, los temas y problemas que se estaban planteando se estaban “solucionando”, la mesa estaba “funcionando” estaba dando respuesta a las dificultades que los actores y referentes estaban expresando.

En una posterior reunión, la referente de SEDRONAR tomó la palabra y comentó las acciones que se estaban llevando adelante en el municipio: una capacitación al programa municipal contra la violencia de género y un taller para *referentes comunitarios* para la atención de casos de consumo y *trabajo en red*. Su propuesta fue que dicho taller se realice en los centros de salud para administrativos, promotores, profesionales y otros agentes de salud que deseen asistir. SEDRONAR funcionaba en la zona a través de organizaciones sociales barriales y también se vinculaba con el área de consumo problemático municipal. Su inserción en los barrios se debía a los altos índices de consumo problemático de drogas que estaban atendiendo los CAPS en la zona. Al respecto en el año 2022, mientras estaba desarrollando la presente investigación, sucedió una tragedia en la zona: se vendió cocaína adulterada provocando veinticuatro muertes y más de ochenta intoxicaciones. El hospital y los tres centros de salud donde hicimos trabajo de campo dieron la primera respuesta por ser los más cercanos al lugar donde se presume se realizó la venta de la droga contaminada. En los años en que se implementó la política, el consumo de drogas era una preocupación recurrente por parte de los trabajadores. La coordinadora trabajadora social de uno de los CAPS fue lo primero que mencionó como *problema* ante pregunta de las facilitadoras en la *entrevista 0*. A su vez, era una cuestión que se había charlado reiteradamente en las reuniones mensuales que estaba teniendo yo, el coordinador de implementación y una de las facilitadoras de profesión psicóloga social interesada en el tema. Como consecuencia de dichas reuniones surgió la invitación a la referente de SEDRONAR a *la mesa interinstitucional* quien presentó la capacitación sobre consumo a

los trabajadores de los CAPS. Siguiendo la lógica de *problemas y soluciones* que estaba teniendo el equipo de facilitación en aquellos momentos, la invitación de la referente de SEDRONAR y las capacitaciones fue una manera de dar respuesta al problema de los altos casos de *consumo problemático* que se estaba presentando en la zona.

En posteriores encuentros las *facilitadoras* volvieron a hablar del ASI, las organizaciones territoriales plantearon soluciones y se incluyó la participación de otros organismos públicos que usualmente intervienen en la atención y tratamiento. La referente de una de las organizaciones sociales comenzó diciendo que para ella era un *problema estructural*, lo veía muy a menudo en el comedor de la organización y también cuando atendía casos de consumo de drogas en el barrio por su profesión psicóloga. La trabajadora de salud mental de uno de los centros reforzó el comentario diciendo que *atiende todos los días a alguien que sufrió abuso* y que *en muchos casos se comienza con los chicos, pero cuando se habla con las madres cuentan que ellas mismas también sufrieron situaciones de abuso*. Entonces, según la conversión, el tratamiento del abuso sexual infantil iba asociado a intervenir en las familias. Como respuesta a eso, se mencionó la posibilidad de armar un taller de ESI para familias. Aprovechando la asistencia de la coordinadora del servicio local que es el organismo que trabaja sobre derechos de niños niñas y adolescentes, con quien la coordinadora de salud mental trabajaba frecuentemente, se retomó la idea de crear un nuevo protocolo participativo sobre ASI para los CAPS donde se incluyan dispositivos de atención de seguimiento de lxs niñxs a partir de grupos interdisciplinarios para el seguimiento y participen referentes de diferentes instituciones territoriales. Las facilitadoras aprovecharon el comentario para hablar de los *equipos nucleares* y la relación de estos con las instituciones y organizaciones *comunitarias*. Con esta idea y retomado el tema de salud sexual, se habló de la posibilidad de hacer talleres para madres sobre salud sexual los días que se hace *control del niño sano* en comedores. Según ella *para la convocatoria hay que atraer a las mujeres desde los niños, desde los hijos, porque si no las madres no vienen a hacerse los estudios*.

La construcción y desarrollo de la mesa es un proceso que se inició en aquellos momentos y continúa hasta el día de hoy con diferentes actores, pero con la misma organizadora: la

psicóloga que es coordinadora de uno de los centros de salud de *zona norte*. Retomando los inicios de la mesa que sucedieron durante la implementación de la política, podemos enmarcar el proceso dentro de la perspectiva del diseño y formulación de la política respecto al concepto de *red* y de *salud conectiva* que analizamos en el capítulo uno. Respecto al Abuso Sexual Infantil, la existencia de la mesa hizo que se hable del tema y se empiecen a pensar soluciones de manera conjunta poniendo en diálogo la mirada de diferentes instituciones respecto a un mismo *problema*. Las tensiones surgidas en dicho proceso se relacionaron con las ausencias o las fallas en el abordaje del tema por parte del Estado y sus instituciones, como los CAPS, las escuelas y el servicio local, poniendo de relieve la gravedad de la situación por el aumento de casos en los últimos años.

#### Mi trabajo desde el rol de *facilitación*

Frederic y Masson (2006) analiza un programa de descentralización municipal de la gestión realizado en el Gran Buenos Aires que promovió la “participación” a través de la creación de *consejos* donde se agrupaban “vecinos” y distintas organizaciones de la sociedad civil. La autora señala que la supremacía moral del Proyecto se sustentaba en “ciertos saberes y cualidades de quienes eran profesionales de las ciencias sociales, y sabrían cómo transmitir y transformar la mentalidad” (Op cit 2006:133). Los profesionales de las ciencias sociales, en su mayoría trabajadores sociales, actuaron como *coordinadores* de los consejos. Su tarea era orientar a las organizaciones o instituciones del Consejo de manera que siguieran la racionalidad del programa incentivando la participación y la conformación de una “comunidad de vecinos”. En el proyecto de la Red pública de salud AMBA las *facilitadoras* coordinaban las reuniones para implementar el nuevo *Modelo de Gestión y Atención*. Al igual que el proyecto de descentralización que analiza la autora, el rol empleado por profesionales de las ciencias sociales y humanas se sustentó en saberes que dichas disciplinas poseen respecto al trabajo con grupos sociales. En nuestro caso, la idea era que las *facilitadoras* capacitaran a trabajadores de la salud en cómo gestionar colectivamente su trabajo cotidiano. Para los formuladores, el primer nivel de atención tenía que lidiar con una *complejidad social* a diferencia de las *complejidades biomédicas* del segundo y tercero. También, dichas profesiones tienen una tradición

disciplinaria de reflexión sobre temas relacionados con la metodología que se estaba proponiendo. A su vez, el interés de los formuladores en el diálogo entre disciplinas podía ser otra motivación para la incorporación de dichas profesiones al funcionamiento de los CAPS. En la APS se debía trabajar con los *determinantes sociales de la salud* en los que se tiene en cuenta el empleo, vivienda, ambiente, educación; siendo las ciencias humanas y sociales las más indicadas para dicho abordaje. En ese sentido, el rol de facilitadoras le otorgó legitimidad a la propuesta frente a los trabajadores de la salud y también frente a los funcionarios de la Secretaría por ser disciplinas que tenían conocimientos sobre grupos sociales, funcionamiento del Estado y sobre “conceptos” para analizar la realidad. Retomando a Frederic y Masson (2006) son disciplinas que sabrían cómo *transmitir y transformar la mentalidad*.

La función de facilitación, retomando lo visto en el capítulo uno, pretendía que la intervención sea técnica, en palabras de uno de los capacitadores, *la función de las facilitadoras es metodológica, tienen que tener un compromiso con los conceptos*. El concepto de cuidado, el de APS con sus características, fueron puestos en discusión desde el comienzo. Sin embargo, el rol de *facilitación* que se transmitía en los manuales era presentada por los formuladores con una ilusión de objetividad que en la práctica no fue tal ya que implicó diferentes posicionamientos de las *facilitadoras* ante situaciones presentadas. En la práctica, mi función no fue sólo metodológica, introducir la perspectiva de género en las reuniones de equipo era para nosotras un desafío, de parte de los equipos y sobre todo con la Secretaría de Salud. A su vez, tomamos posicionamiento ante los despidos de trabajadores con antigüedad en el municipio que no aceptaban la propuesta de treinta horas sugerida por la política y también en situaciones donde no se contemplaba el título de licenciatura de enfermería o radiología en el salario. También había que lograr que los *problemas* definidos en las *proformas*, como en el caso del hierro, sean escuchados por la Secretaría de Salud cuando en simultáneo se estaban desarrollando los otros ejes de la política. Los ejes de *infraestructura* o *sistemas de información* fueron prioritarios en la agenda de la Secretaría en relación con el *Modelo de Gestión y Atención*.

Las *reuniones de equipo* a veces eran usadas para resolver enfrentamientos entre compañeros, como robos, malos tratos, desacuerdos en la forma de atender, coordinar trabajos entre profesionales y desacuerdos con la Secretaría de Salud. Nuestra función, según Fernán Quiroz era de *despersonalizar* los problemas del centro, y que los trabajadores los puedan ver más allá de cuestiones personales y verlos como asuntos institucionales. Respecto a los temas que se trataban en las reuniones, un lugar especial ocupaba la relación con la Secretaría de Salud. La posición de mediadoras que muchas veces teníamos con la Secretaría generó que las demandas de los equipos sean vehiculizadas por nuestra presencia ya que el coordinador de implementación tenía reuniones semanales con los funcionarios de la Secretaria. Las quejas por la *falta de comunicación* con la Secretaria eran recurrentes en las reuniones de equipo, por lo tanto, muchas veces se recurría a las facilitadoras para encontrar soluciones. Un ejemplo de ello fue el pedido de “acelerar” el apto médico para el ingreso al Centro Deportivo Municipal. En general había una sensación constante por parte de los trabajadores de los CAPS que la Secretaría de Salud los estaba controlando con *el fichado* por cumplimiento de horarios, de licencias, asistencias y los descuentos salariales. Los formuladores hablaban de *horizontalizar* y fomentar espacios de diálogo, pero nuestra percepción era que la Secretaría había actuado de manera contraria a eso. No se acercaban de manera presencial a los Centros de Salud y se tomaban decisiones sin consultar a los trabajadores.

Mi rol técnico como *facilitadora* también implicó un proceso de aprendizaje en el fui adquiriendo experiencia profesional como “gestora”. La multiplicidad de reuniones a las que asistimos implicó un ejercicio de “pensar en problemas” y guiar a los equipos para generar acciones para solucionarlos. Las reuniones a las que teníamos que asistir como facilitadoras eran múltiples, variadas y con diferentes actores: reuniones de implementación interna realizadas los viernes entre todo el equipo de implementación, reuniones con los coordinadores transversales de implementación, reuniones con coordinadora del área como salud mental, consumo o epidemiología, reuniones eventuales con la secretaria de salud con mediación del coordinador de implementación, reuniones con la *mesa interinstitucional*, reuniones con *facilitadoras* de otros municipios, reuniones entre profesionales como ser nutricionistas o psicopedagogas de diferentes centros de



salud, reuniones de *equipo nuclear*, reuniones del *equipo ampliado*. Tanto es así que la subsecretaría de salud en una oportunidad se remitió a este aspecto diciendo *que no las pasábamos haciendo reuniones*. Las reuniones pasaron a ser parte de la cotidianidad de nuestro trabajo. Al respecto, Frederic (2000) plantea que fue a partir de asistir a “reuniones” donde pudo introducirse en el mundo de la política local. Dichos encuentros son una forma de interacción social, un campo de sociabilidad que trasciende la política, exige la determinación temporo-espacial colectiva de la confluencia entre personas lo cual también conllevaba un trabajo de coordinación acordando días y horarios. Estos momentos había que “gestionarlas”, acordar participantes y establecerlas, es decir, institucionalizarlos, tenían que empezar a formar parte de las horas de trabajo en los centros de salud. Institucionalizar las reuniones de equipo era uno de nuestros mayores objetivos como *facilitadoras*. *Gestionar por problemas* fue la manera en que los formuladores encontraron para enseñar sobre “gestión” a los trabajadores de los CAPS. En ese proceso no solo los CAPS adquirieron herramientas, sino que las mismas facilitadoras pasaron a ser gestoras locales en red a través de las numerosas reuniones en las que participaron.

## **Capítulo V: Eventos que legitiman**

La relación entre lo político y lo cultural afirma identidades individuales y colectivas a través de momentos que forman parte de la cotidianeidad de las instituciones estatales donde actores locales como políticos y gestores legitiman su poder y sus propuestas. A continuación, analizaremos dos eventos sociales de los cuales participaron formuladores, implementadores y destinatarios de la política. Hemos seleccionado los eventos en función de la diversidad de actores que participaron de ellos, incluyendo a técnicos, funcionarios provinciales, municipales y agentes locales de salud. El primero de ellos se realizó en el mes de marzo del año 2019 y el segundo en el mes de junio de ese mismo año. Cada uno tuvo características relacionadas con el momento del proceso de implementación en que se llevaron a cabo: el inicio avanzado del mismo en el mes de marzo y el pleno desarrollo de la política en el mes de junio donde se sistematizaron los *logros* obtenidos. En los diálogos, discursos, explicaciones y actividades lúdicas que sucedieron, se transmitieron valores como el *trabajo en equipo*, la *cooperación*, el *trabajo con la comunidad*, la *interdisciplina* y el trabajo en red.

Los eventos afianzaron y actualizaron las principales ideas planteadas en los manuales funcionando como una forma de comunicar el trabajo realizado y de legitimar las acciones presentes y futuras. Se explicitaron las ventajas que iba a tener para los trabajadores capacitarse en “nuevas” metodologías de gestión, involucrarse en proyectos sobre problemáticas de salud frecuentes en la población relacionadas con las temáticas de salud mental y salud sexual; utilizar la historia clínica electrónica e incorporar el arte para trabajar *con la comunidad*. El objetivo del primer evento fue presentar futuras líneas de trabajo y la plataforma de capacitación virtual sobre la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* y el del segundo que los trabajadores de los CAPS muestren a funcionarios de la Secretaría, al coordinador general Fernán Quiroz y a los compañeros de los diferentes CAPS *los avances de la política en los CAPS* sistematizando los logros obtenidos durante los meses de implementación. Fueron organizados principalmente por la subsecretaria de salud y el coordinador de implementación municipal pero también participaron en la planificación el equipo de implementación local

y la *coordinación transversal* de la política compuesta por una médica epidemióloga, una pediatra, enfermera, profesoras de arte y una socióloga.

El análisis de los eventos adquiere importancia porque se trató de instancias en las que se reforzaron los sentidos alrededor de la necesidad de un cambio profundo en el funcionamiento de las instituciones estatales, en la gestión de la atención primaria, y en la forma de trabajo en el ámbito de la salud en general. Como vimos, *la metodología de Gestión Participativa Basada en Problemas* y la construcción de redes implicó la estandarización de funciones, tiempos y espacios de trabajo. Allí se expresaron técnica y simbólicamente dos cuestiones que están presentes en forma transversal en todos los aspectos de la política implementada: por un lado, la necesidad de que ocurran transformaciones en las personas implicadas con la implementación de la Red Pública de Salud AMBA y, por otro, cuestiones propias de las dinámicas de funcionamiento de las instituciones estatales en salud.

Nos basamos en el enfoque propuesto por Gluckman (2003), que postula comprender la vida social como un proceso permanente, en los que “se destacan tres elementos: conflicto, cambio y situaciones sociales” (Rosato y Boivin 2017: 86). Desde las primeras elaboraciones de Durkheim (1992), las ciencias sociales, y especialmente la antropología, han tratado con el problema de la vida social como enmarcada en un orden moral que mantiene la cohesión pese al conflicto entre sus miembros o grupos. En cuanto a los conflictos, tanto su presencia como su superación son dos aspectos del mismo proceso social que están presentes en todas las relaciones sociales. Por su parte, Gluckman se preguntaba, justamente, cómo podía sostenerse esta cohesión o equilibrio a través de la manifestación del conflicto, el análisis “situaciones sociales” propuesto por él hace referencia al comportamiento, en cierta ocasión, de miembros de una comunidad, analizando y comparando con su comportamiento en otras ocasiones, de tal forma que el comportamiento revele el sistema subyacente de relaciones (Gluckman, 2003: 7). Los dos eventos que seleccionamos tomarán sentido por estar conectados con los capítulos anteriores y las situaciones de campo realizadas hasta el momento. Tal como sucede en la propuesta de Gluckman, las situaciones sociales que analizaremos están conectadas no

sólo en virtud de aquél sistema subyacente de relaciones, sino también en virtud de nuestra presencia como antropóloga, etnógrafa y, por supuesto, como implementadora de la política.

El primer encuentro que analizaremos se realizó el 14 de marzo del año 2019 en un anfiteatro cerrado con aproximadamente cien asientos para el público, situado en un edificio que depende de la Escuela Municipal de Arte y Comunicación del municipio. Asistieron aproximadamente setenta personas entre facilitadores, coordinadores de centros de salud, promotores, personal administrativo, de salud mental, médicos, nutricionistas, enfermeras y parte del *equipo transversal* de la política. El encuentro fue organizado principalmente por el coordinador de implementación en acuerdo con la subsecretaria de salud, encargándose él de conducirlo desde el principio hasta el final. Las *facilitadoras* por su parte, avisaron una semana antes en las *reuniones de equipo* en los CAPS la fecha y hora del evento. Fue un encuentro que se realizó luego de varios meses de iniciada la implementación, estaban empezando a desarrollarse las obras de infraestructura, se estaban construyendo los *proyectos comunitarios* a partir de las primeras *proformas*, se habían incorporado los promotores de salud, pero faltaban el resto de los profesionales y todavía no se había comenzado con la implementación del eje *sistemas de información*.

Las primeras palabras estuvieron a cargo de la subsecretaria de Salud del municipio quien estaba sentada en el escenario detrás de un escritorio junto con el coordinador de implementación de la política y el director de atención primaria municipal. La funcionaria con mayor jerarquía dentro de la Secretaría de Salud en aquellos momentos, la subsecretaria, hizo un recuento de los cambios que se estaban llevando adelante enfatizando en las obras de infraestructura y que la política venía a *transformar la Atención Primaria de la Salud: se ampliarán las salas de espera, se construirán nuevos consultorios, se colocarían computadoras en todos ellos, se comprarían camillas y escritorios. Todo eso hará que se sientan más cómodos en sus espacios de trabajo*. En sus palabras puso énfasis en las obras de infraestructura que ya en ese momento habían comenzado en algunos de los CAPS. El *plan de contingencia* realizado durante las obras,

implicó que los coordinadores, que se encontraban entre el público presente, tengan que organizar cómo mantener la atención a los pacientes mientras duraban las remodelaciones. Luego, el coordinador de implementación tomó la palabra y contó que se estaba impulsando una capacitación virtual titulada *Modelo de Gestión y Atención de la salud en el primer nivel de atención* con certificación una vez que estén finalizados. El contenido del programa de capacitación refería a los *determinantes sociales de la salud, la atención primaria desde un enfoque derechos, a la aplicación de la Metodología de Gestión Participativa basada en Problemas*, la construcción de la *proforma*, los *indicadores* y la importancia de pensar *desde el territorio*. Como veremos, a lo largo de la jornada se le dio importancia a que los trabajadores se capacitaran asignando valor al aprendizaje en diferentes situaciones. Para materializar lo que se decía verbalmente, la subsecretaria de salud comenzó a llamar de a uno a los coordinadores de cada centro y cada vez que subían se les entregaba el manual. Dentro de la capacitación virtual para los equipos que se estaba presentando en el evento, estaba la consigna de analizar enfermedades utilizando la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas*. Tener los manuales en formato papel iba a ayudar para que los equipos completen la capacitación virtual. El director de APS agradeció a los coordinadores cuando estaban en el escenario recibiendo el manual, cada uno fue aplaudido de manera diferente, algunos tuvieron más aplausos que otros. Cada vez que subían los coordinadores decían unas palabras al público presente, la mayoría agradeció a los trabajadores de los centros de salud por su colaboración frente a los cambios que se estaban desarrollando, algunos nombraron a las *facilitadoras*. Ese acto fue un reconocimiento simbólico de los funcionarios de la Secretaría hacia los directores de los centros. El vínculo de los funcionarios con ellos era frecuente ya que eran los que impulsaron las acciones que la Secretaría de Salud se proponía, incluyendo la implementación de la Red Pública de Salud AMBA en sus diferentes ejes. Como explicamos, en marzo del año 2019 los temas que se trataban en las reuniones con funcionarios de la Secretaría giraban sobre todo en llevar adelante las obras de infraestructura, los coordinadores tuvieron un rol importante al organizar la atención, eso implicó, en algunos casos, mudar la atención a clubes o centros culturales y en otros, que, por ejemplo, atiendan en un mismo consultorio dos profesionales en el mismo momento.

Además de eso, habían sido colaboradores de las *facilitadoras* en la organización de las *reuniones de equipo* y la ejecución del Modelo de Gestión y Atención. Pedirles que suban al escenario y agradecerles era una manera de reconocer el esfuerzo de llevar adelante los cambios, y también era una manera de hacer visible el rol que iban a tener en el futuro, era necesario que sigan trabajando junto al equipo de implementación para que todos los *ejes estratégicos* se puedan cumplir.

Luego de ese acto de entrega, el coordinador de la política a nivel municipal tomó el micrófono y agradeció a las *facilitadoras* del *Modelo de Gestión y Atención* e implementadoras del eje *Sistemas de Información* nombrándolas una por una. Dijo que ellas fueron las guías en las reuniones de equipo y las que ayudaron a armar los *proyectos* con la comunidad. A continuación, le dio la palabra a una de ellas, que se desempeñaba como encargada de las capacitaciones a promotores de salud que recientemente se estaban contratando para trabajar en los CAPS. La capacitadora explicó que el rol de promotor consistía en *promover un estilo de vida saludable en la comunidad*. También dijo que para que eso se pueda lograr había que tener en cuenta dos cosas: trabajar de manera *interdisciplinaria comprometiendo a todos los que integran los equipos de salud y generar redes institucionales comunitarias para generar proyectos participativos*. También resaltó la importancia de tener en cuenta los diferentes saberes de la población que se atiende en los CAPS y de escuchar lo que ellos tenían para decir respecto a su salud y el diálogo con *la comunidad*. Explicó que los promotores podían generar puentes entre los CAPS y los pacientes ya que su trabajo implicaba estar más cerca del *territorio*. Ella utilizaba solo el género femenino para hablar y durante el discurso aclaró que *como eran la mayoría de mujeres en la sala, iba a utilizar la A*. A partir de allí el coordinador municipal de la política decidió hacer lo mismo que ella: comenzó a hablar utilizando únicamente el género femenino. A principios de año 2019, en el momento en que el equipo de facilitación había tenido el debate por el uso del lenguaje inclusivo relatada en el anterior capítulo, el coordinador de implementación recibió una notificación de parte de la subsecretaria de salud pidiendo que en las minutas de reunión las *facilitadoras* no utilizaran la X como marcador textual de lenguaje inclusivo, porque dificultaba la lectura. Así, la subsecretaria reforzó la postura de la coordinadora enfermera del CAPS quien dijo

que ese lenguaje no estaba avalado por la RAE. Cuando la implementadora, de profesión comunicadora social, que capacitaba a los promotores aclaró el lenguaje que utilizaría, hizo visible su posicionamiento respecto a una discusión que se estaba desarrollando en los centros de salud. Recordemos que en aquella *reunión de equipo* hubo un posicionamiento diferente de los participantes de la reunión respecto a la perspectiva de género: para las facilitadoras había que incluirla en la atención en salud y para algunas trabajadoras, no todas, dicha perspectiva, usando la terminología que utilizaron, era *ideología de género*.

Luego de la intervención de la capacitadora, el coordinador de implementación invitó a la coordinadora de salud mental a explicar la línea de trabajo de su área. Tiempo atrás se habían comenzado a realizar una serie de reuniones mensuales en las que estuve presente. Las reuniones tuvieron el objetivo de que el área dialogue con el proyecto de AMBA identificando puntos de colaboración. En ellas participaron una *facilitadora* de profesión psicóloga social, yo misma, la coordinadora de salud mental, la de *adicciones* y, en algunas ocasiones, el coordinador de implementación. Fruto de esas reuniones fue la construcción de un proyecto denominado “Proyecto para implementar un nuevo sistema de salud mental municipal” que fue presentado por la coordinadora de salud mental en el evento. Allí contó los principales puntos donde se combinaba la implementación, en el Municipio, de la Ley Nacional de Salud Mental y los lineamientos de la Red pública de salud AMBA. Entre otras cosas dijo que la idea era hacer actividades asociadas a la APS en salud mental, reorganizar los recursos humanos y formarlos, generar un *sistema actualizado de información y registro de datos* y hacer acciones de *coordinación interinstitucional*. Respecto al último punto, unos meses después del evento empezó a funcionar la *mesa interinstitucional* que puede entenderse como producto del proyecto y de los vínculos que se trazaron para realizarlo ya que en ella participó activamente la coordinadora del área, la de *adicciones*, y una psicóloga coordinadora de uno de los centros de salud quien se encargó de guiar las reuniones junto a las *facilitadoras*. Ni la línea de trabajo en salud mental ni la de salud sexual y reproductiva que veremos más adelante, estaba especificada en los manuales de la política. Fueron iniciativas impulsadas por el equipo de implementación incluyendo al coordinador. Invitar a la coordinadora de

salud mental a presentar el proyecto en el escenario fue una manera de mostrar al público presente que el área y el equipo de implementación estaban trabajando juntos y comunicar que se iban a hacer acciones a futuro.

Después fue el momento del recreo, donde se sirvió comida y bebida a los participantes. Los funcionarios de la secretaría se retiraron. Por mi parte me quedé hablando con el equipo de salud mental, preguntándonos si se había entendido la idea del proyecto. Al regreso del descanso tomó la palabra el *ayudante de coordinación* del eje sistemas de información, pasaron un video de una administrativa que pertenece a un CAPS donde se hizo una prueba piloto de la implementación del aplicativo digital del sistema de turnos y el uso de la historia clínica electrónica. La administrativa contó los beneficios que le trajo tener un sistema de turnos con un programa informático, pues ya no se usaban los cuadernos, y la conclusión fue que la digitalización había ordenado el trabajo, lo había agilizado al optimizar los tiempos entre cada consulta. Luego, el *ayudante de coordinación* explicó que próximamente empezarían a ir los implementadores todos los días a los CAPS a capacitar a las administrativas en el empadronamiento, también llamado *apertura de la historia clínica electrónica*, que implicaba la tarea de digitalizar los datos personales de cada paciente para luego comenzar a usar la historia clínica electrónica. Luego, un implementador del equipo habló del funcionamiento de la historia clínica electrónica donde había que *evolucionar* por *problemas* a cada paciente. *Evolucionar* se utilizaba como sinónimo de cambio del estado de salud. Algunos ejemplos de *problemas* que había que *evolucionar* eran: el diagnóstico de una enfermedad, una deficiencia o incapacidad, síntomas, signos como taquicardia o fiebre, el resultado de un estudio complementario alterado. Cada vez que un profesional escribe en la historia clínica electrónica durante la consulta, tiene que señalar alguno de estos *problemas*. Entonces, la propuesta de gestión basada en problemas que desarrollamos en el capítulo tres y cuatro iba en consonancia con el criterio que crearon los diseñadores de la historia clínica electrónica para *evolucionar* a cada usuario. Ese momento fue de los más participativos del evento sobre todo del personal médico asistente, surgieron dudas sobre el funcionamiento de la historia clínica electrónica que se fueron evacuando por el ayudante de implementación de a una. El carácter informativo de la explicación del eje y las



capacitaciones se conjugó con explicitar los beneficios que la digitalización iba a traer a la forma de trabajo. El video donde la administrativa hablaba de las mejoras que trajo la turnera electrónica fue una forma de legitimar los cambios que próximamente se iban a realizar.

Posteriormente el coordinador de implementación invitó a dos integrantes del *equipo de actividades comunitarias*, quienes a su vez formaban parte del *equipo transversal* al escenario. Su tarea durante la implementación había sido la de rotar por los diferentes municipios haciendo talleres para promotoras de salud y colaborando con el armado de los proyectos comunitarios, una de ellas era de profesión música y la otra socióloga. Comenzaron tocando la flauta travesa, eso hizo que el ambiente se calme y los sonidos disminuyan, por eso se escucharon las risas de algunos médicos ubicados en la parte de atrás del auditorio. Después hablaron de su experiencia de trabajo en escuelas rurales de Chaco para la prevención del Chagas donde hicieron talleres de confección de muñecas de tela, de pelotas tejidas a mano y que mientras cosían hablaban sobre los insectos y los cuidados que hay que tener para que no crezca la enfermedad. Ellas lo definieron como talleres de juego y salud. Después habló el coordinador de implementación y dijo que a veces con la respuesta biomédica no alcanza, se podrían utilizar otras técnicas para llegar a la comunidad. Además, dijo que las enfermedades crónicas que se atienden en los CAPS, no es necesario que las trate el médico especialista, sino que un clínico o generalista lo puede hacer, puso como ejemplo algunos problemas cardiacos. Después el equipo de actividades comunitarias propuso cantar entre todos una canción a coro. Las referentes del equipo dividieron el salón en tres grupos y la consigna fue que cada grupo se aprenda una parte de la canción. La letra era:

“Me dijo mi buen doctor, aquí lo medicare  
pero lo más importante es que baile y coma bien.

(Repitió el coro de la parte derecha del auditorio)

Ay ay que bien que me siento hoy, ay ay Rocita me consoló

(Repitió el coro de la parte del medio)

La sulú la salú no es solo medicación es agua, es aire, abrigo arte y amor, es agua es aire  
abrigo arte y amor”

(Repitió la parte izquierda del auditorio)

Cada grupo aprendió la letra que le tocaba, cantaron todos juntos su versión completa y finalmente todos aplaudieron. Posteriormente el coordinador de implementación nos confesaría que escuchó las risas de los médicos y por eso decidió hablar de los problemas cardíacos. En los centros de salud no era usual que se incluya al arte salvo en algunos pocos casos de trabajadores interesados en ello. En el caso de los proyectos de los CAPS donde hicimos trabajo de campo, tampoco se incluyó de manera directa el arte, aunque si el juego. El coordinador en su intervención trató de explicar el sentido de lo que se estaba haciendo, incluir el arte para “llegar a la gente”. Este era un tema sensible especialmente para los medicxs ya que muchas veces no había cumplimiento o *adherencia* a los tratamientos que ellos indicaban en las consultas. Hablar de los problemas cardiacos era un lenguaje que ellos entendían, en esa intervención el coordinador introdujo un tema que resultaba familiar a los médicos en una situación que para la mayoría de ellos podía ser ajena, “rara”, para justificar el motivo de incluir canto y música en el evento. Por su parte, la actividad musical realizada durante el evento transmitió la mirada y el posicionamiento del *equipo transversal* sobre el trabajo con la población local, valorizando el uso de técnicas propias de otros lenguajes como la música o el juego para vincularse con *la comunidad*. La letra de la canción por un lado unía a los invitados del evento ya que aportaba a construir el consenso de que todos estaban ahí “por la salud”. A su vez, la letra contenía oposiciones, medicar no era suficiente para curar, había que comer bien, respirar, tomar agua, tener amor e integrar el arte a la vida. En el nuevo modelo de atención producir salud era promover otros estilos de vida. En el consultorio los profesionales no solo tenían que utilizar los fármacos para curar, sino también tener en cuenta otros factores que había que cuidar como la alimentación y los vínculos.

En el evento, cada invitación al escenario fue pautada y acordada previamente entre el coordinador de implementación y la Secretaría de Salud. En la última parte, el coordinador invitó a una médica generalista responsable del área de salud sexual y reproductiva a explicar el proyecto que se estaba impulsando. La idea era capacitar y formar referentes del tema por centro de salud para que se encarguen de casos o situaciones de manera

personal y también para que capaciten a sus compañeros. Quedaban pocas personas en el auditorio, ni bien terminó de explicar la idea, el coordinador de implementación dijo unas palabras de cierre de la jornada.

El encuentro tuvo diferentes momentos, en cada uno se explicaron las acciones que se iban a llevar adelante en los próximos meses, muchas de ellas correspondían a los *ejes estratégicos* y otras se sumaban a ellos. La capacitación a promotores de salud, el impulso de la línea de trabajo con salud mental y la de salud sexual y reproductiva, no figuraban en los manuales. Subir al escenario era una forma de mostrar el valor (Graeber, 2013) que tenían ciertas líneas de trabajo para los implementadores de la política, además fue una manera de mostrar el trabajo que se había realizado en los primeros meses, así como lo que faltaba hacer. El gesto de entrega del manual fue una manera de mostrar la importancia del aprendizaje en APS, hecho que se repetiría a lo largo de la jornada en la presentación de diferentes tipos de capacitación: capacitación virtual en una metodología de gestión, capacitación en salud sexual y capacitación en salud mental.

La intervención de las referentes de actividades comunitarias apuntó a valorizar la salud en términos del cuidado y la prevención a través de llevar una vida “saludable”, en contraste con las formas médicas y clínicas de atención, y la importancia del arte y el juego para curar, no solo los medicamentos. Son dos posicionamientos respecto a modelos de atención es salud que se relacionan con el punto de vista de los formuladores, uno es el modelo tradicional y otro que valore las experiencias en salud del paciente. En palabras de los formuladores:

“Debemos dejar de lado el modelo clásico, en el cual el conocimiento únicamente se transmitía de forma vertical y cerrada, desde el profesional experto hacia el paciente, para darle paso a un evolucionado modelo horizontal, en el que, tanto el profesional de la Salud, como los propios pacientes o familias tienen algo que aportar. De manera tal que, se consigue poner en valor la experiencia que tienen ambas partes a la hora de afrontar, por ejemplo, una enfermedad”

Entonces, poner en valor la experiencia de las personas que se atienden en los CAPS se relaciona también con la valorización de los saberes no profesionales en la construcción

de salud como mencionó la capacitadora de los promotores en su discurso. Son dos posicionamientos diferentes respecto a la atención en salud, uno *clásico*, como se menciona en la cita, y otro más “horizontal” que valora los saberes incorporados a través de la experiencia de los pacientes.

En la descripción y análisis del evento podemos ver que se expusieron conflictos y posicionamientos que se venían desarrollado en los meses previos. Usar la A para la palabra “todas” donde antes se usaba la palabra “todos” en masculino aclarando que hablaría en femenino era una manera de hacer visibles a las mujeres en el discurso, así como expresar un posicionamiento frente a la desigualdad de género que, hasta al momento había traído tensiones con agentes de salud y funcionarios municipales. A su vez, la risa de los médicos frente a la flauta también expuso una tensión con la propuesta que luego sería verbalizado por el coordinador de implementación, para muchos de ellos, escuchar música en vivo en un evento de estas características ejecutada además por una de las referentes de la política, era por lo menos, gracioso.

La *situación social* (Gluckman, 2003) ilustrada a través del evento descrito expresa un momento del desarrollo de la política al presentar las líneas de trabajo que en este municipio en particular se llevarían adelante. Es un evento que se inserta una vez avanzada la implementación, pero no terminada, se estaban iniciando las obras de infraestructura, se estaban construyendo los *proyectos comunitarios* a partir de las primeras *proformas*, se habían incorporado los promotores de salud, pero faltaban el resto de los profesionales y todavía no se había comenzado con el eje *sistemas de información*. Consideramos que es un evento que marca un cambio frente a situaciones previas y posteriores al expresar la propuesta local de implementación de la política. La propuesta local que se expuso en el evento implicó considerar las características de los agentes de salud en los CAPS, los funcionarios, coordinadores de área e implementadores, es decir, las personas involucradas en ese momento y lugar. Dicha presentación con características locales es parte de un proceso que pretende generar un cambio frente a formas de trabajo anteriores (Rosato Boivin, 86: 2017). A su vez, fue un momento de reconocimiento del trabajo de los coordinadores de los centros de salud y también se explicitó simbólicamente mediante

la entrega del manual sus responsabilidades para cumplir las metas y objetivos futuros. Ellos serían parte activa de la institucionalización de los cambios, hecho que también se dejó ver en la presentación de la política realizada en el mes de mayo del año 2018 donde fue principalmente destinada a ellos antes de empezar a ir los CAPS por aparte de las implementadoras.

Los eventos tienen la función de cohesionar a sus participantes mediante mecanismos discursivos y simbólicos, a su vez se visibilizan jerarquías y se reproduce el orden social. En este apartado vimos que el evento se inició con la funcionaria de más alto rango en la Secretaría de Salud, la subsecretaría, y luego siguió con la persona de mayor jerarquía dentro de la implementación municipal, el coordinador. Los funcionarios agradecieron a los coordinadores, éstos, a los trabajadores de los centros y el coordinador de implementación a las *facilitadoras*. El agradecimiento tuvo la función de hacer visible cada rol considerando la colaboración de todos en las acciones que se habían desarrollado hasta ese momento, primeras reuniones de equipo, línea de base, proyectos comunitarios e inicio de las obras. También se presentaron las futuras líneas de trabajo y las personas que las iban a dirigir, cuya finalidad fue que los participantes se informen sobre las futuras acciones y colaboren para que se puedan concretar. Respecto a las capacitaciones virtuales, las diferentes técnicas de gestión participativa que allí se enseñaban también apuntaban a crear espacios de reunión donde se trabaje colectivamente. A su vez, hablar de *cómo llegarle* a la gente utilizando diferentes lenguajes artísticos fue una manera de impulsar mecanismos de mayor comunicación y confianza entre los CAPS y *la comunidad* donde los promotores tendrían una importante función. También se explicitaron los beneficios que iba a traer para los trabajadores que las obras se terminen y que se incorpore el nuevo sistema de información al optimizar y agilizar el trabajo cotidiano. Mostrar las ventajas que los cambios iban a traer fue un mecanismo que se utilizó para que los trabajadores se unan y colaboren para lograr un mejor servicio de Atención Primaria de la Salud. Entonces, el encuentro presencial en el anfiteatro aportó a crear un clima de confianza y transmisión de información donde se reconoció el rol que cada uno tuvo en lo realizado hasta entonces y, a su vez, se crearon las condiciones para lo que se haría en un futuro.

A continuación, analizaremos un evento de seguimiento de implementación realizado en pleno desarrollo de la política donde se mostraron los logros obtenidos a funcionarios locales y provinciales. La sistematización del trabajo desarrollado en los CAPS legítimo frente a gestores de diferentes jerarquías institucionales que el trabajo realizados hasta entonces mejoraba el servicio de Atención Primaria de la Salud.

En el momento en el que se llevó adelante el evento los diferentes *ejes de implementación* estaban en pleno desarrollo: varias de las *proformas* estaban finalizadas; los *proyectos comunitarios* estaban armados y se habían puesto en marcha; las obras estaban en curso; habían ingresado a trabajar nuevos profesionales; comenzado las capacitaciones en historia clínica electrónica y se habían armado las agendas de turnos electrónicos en algunos de los CAPS. La reunión tuvo como fin que los trabajadores y el equipo de implementación muestre a los funcionarios públicos el trabajo realizado desde la llegada de la Red Pública de Salud AMBA hasta ese momento.

Unas semanas antes del evento las *facilitadoras* solicitaron que cada centro de salud sistematice en un afiche los cambios que trajo la política a los CAPS. En las *reuniones de equipo* del mes de junio las conversaciones giraron en torno a cómo sistematizar, ordenar y transmitir la información. La información la recolectaron de las minutas de *reunión de equipo*, también se tuvieron en cuenta las *proformas* y los proyectos comunitarios. Se hizo un balance de lo trabajado hasta entonces mencionando “cuestiones positivas” y “negativas” del último año. Las negativas se relacionaron con el salario propuesto y las bonificaciones ofrecidas por trabajar en atención primaria. Aunque la llegada de la política conllevó un aumento de sueldo, consideraban que no era suficiente en comparación con el salario que percibían en otros lugares. Si bien este tema era pensado como un punto “negativo” otros puntos relacionados con la articulación con instituciones de la zona, como el centro deportivo municipal, lo vieron como “positivo”. El afiche consistió en un cuadro que tenía como título *Logros obtenidos a partir de la incorporación de AMBA*, desde ese título principal salían cinco flechas que se dirigían a globos de color naranja que decían: *proyecto comunitario “Sala de espera un espacio de comunicación”; incorporación de trabajadora social y promotora de salud; acuerdos para unificar*

*criterios entre enfermería, ginecología y pediatría (entrega de leche y circuito de cuidado del puerperio); detectar problemáticas de alimentación y reuniones formales de equipo.* En el mismo afiche había globos de otros colores que hablaban *de seguimiento de situaciones de vulnerabilidad social, fortalecimiento con programas y áreas para dar respuesta, planificación familiar y lactancia, encuestas, charlas en sala de espera y plan de acción.* Como meta figuraba *aumentar la articulación con instituciones comunitarias y generar estrategias de seguimiento para menores de dos años.* En el producto final se escribieron cuestiones “positivas”, las “negativas” fueron habladas en la reunión de equipo, no se pensó llevarlas al evento.

La sistematización era una práctica se venía desarrollando en las reuniones a partir del instrumento *proforma* enseñado por las *facilitadoras*. Como vimos, dicho instrumento metodológico plasmaba en un cuadro las reflexiones, acuerdos y diferencias sucedidos durante las reuniones. Sistematizar mediante el armado de *proformas* fue objetivar con un documento escrito la experiencia de lo sucedido durante las *reuniones de equipo* para definir acciones futuras. La preparación para el evento de seguimiento de implementación también consistió en sistematizar la experiencia, pero en un formato diferente, un afiche, para que sea visto por diversos funcionarios públicos y el resto de los trabajadores de la salud.

El día del evento en el mes de junio, el salón en la Secretaría de Salud se armó con un proyector en frente y cuarenta sillas puestas en forma circular alrededor de él. Las personas fueron pasando al salón y una integrante del equipo transversal comenzó a tocar la flauta incitando a los concurrentes a que hagan silencio. Cuando terminó la música dijeron que muchas veces el arte era visto como una pérdida de tiempo, pero para ellas era una inversión, era una forma de generar salud. Como ya hemos desarrollado, las actividades artísticas y lúdicas fueron un sello del *equipo transversal* ya que en cada oportunidad donde estaban presentes las llevaban adelante. El sentido de eso, como ya mencionamos, tenía que ver con fomentar la multidisciplina, instalar una idea de trabajo en los servicios de salud que incluya la promoción y también el arte. Respecto a este último punto, cabe mencionar que en pocos casos se introdujeron actividades artísticas en los *proyectos*

*comunitarios*, los tres CAPS donde hicimos trabajo de campo se centraron en *charlas en salas de espera* y la realización de una huerta.

Luego de finalizada la música, ingresó Fernán Quiroz con la nueva secretaria de salud municipal. Cuando llegaron dijeron que unos minutos antes había estado en una *reunión de seguimiento* junto al intendente con la idea de hablar sobre avances y dificultades de la implementación. Entre las personas que estaban sentadas, una coordinadora tenía puesta una peluca de payaso en la cabeza. A Quiroz le llamó la atención, y preguntó a qué se debía. Ella dijo que la peluca era una manera de expresar alegría por las mejoras que había traído la política a los CAPS, y que desde su llegada había más organización y orden. El funcionario respondió diciendo que la alegría era fundamental para emprender cualquier cosa, y que lo importante es la coherencia entre el sentimiento, el pensar y el hacer. El funcionario también mencionó la importancia de identificar los *talentos* de cada persona, de los equipos y de la comunidad para que *cooperen* en forma conjunta. En un momento de su discurso preguntó si había alguien que opinara diferente a lo que se estaba diciendo ya que *es muy difícil estar de acuerdo siempre*. Una persona del salón dijo que para ella faltaba que el paciente sano se acerque a los centros de salud, él le respondió diciendo que había diferentes maneras de entender la participación social y la promoción de la salud, a veces se vinculaban a las charlas y entrega de folletos donde había un sujeto activo y otro pasivo, y otras a actividades autoconvocadas que reclaman al Estado. *No hay ninguna que esté bien o mal, en AMBA ninguna se privilegia, sino que son todas posibles, pero depende del contexto cuál es la elegida, la política pública debe propiciar contextos para que las personas que ya tienen sus talentos puedan desarrollarlos*. Después preguntó si había algo más que querían decir, una psicopedagoga mencionó el *plan de contingencia*, y que salud mental estaba atendiendo en la terraza de la escuela y que hubo accidentes por eso. Como mencionamos, dicho *plan* hacía referencia a la organización de la atención durante los arreglos y construcción de obras de infraestructura, las decisiones que se tomaron sobre este tema estuvieron a cargo de los coordinadores de los CAPS y la Secretaría de Salud. Respondiendo al comentario, el funcionario pidió disculpas, dijo que le dolía lo que estaba pasando, que desde la política no habían podido manejar bien el *plan de contingencia*, que dependía de tantos factores que era muy difícil de seguir y que iba a poner en agenda



acelerar las obras de ese centro de salud. Otro coordinador odontólogo pidió un aplauso *a todo el equipo de los CAPS que están bancando atender mientras se hacen las refacciones*. La actitud del funcionario concuerda con la propuesta *co-gestión* a través de la conversación. El énfasis en las dificultades fue ratificado luego por una de las coordinadoras del *equipo transversal* que se refirió a la necesidad que se produzca el *conflicto* como vía para la *problematización* y de esa manera llegar a “hacer gestión”.

En el apartado anterior vimos cómo los rituales poseen diferentes mecanismos que generan cohesión en los grupos. En este evento pedir disculpas por las dificultades que el *plan de contingencia* estaba trayendo y en el evento anterior se pidieron *aplausos de agradecimiento* fue una manera de generar que los asistentes se sientan escuchados y reconocidos. A su vez, el funcionario durante su discurso definió la función de una política pública, *crear contextos* para que las capacidades personales y de las personas que *participan* en las reuniones de equipo se desarrollen y puedan *cooperar*. *Impulsar talentos*, fomentar la *participación* en sus diferentes formas y fomentar la *cooperación* fueron valores (Graeber, 2013) que el funcionario expuso en su discurso.

Después del recreo, Quiroz se retiró y el coordinador de implementación condujo la reunión. Hizo un balance de las acciones que se habían llevado adelante hasta el momento y también habló de lo que faltaba. Mencionó las líneas de trabajo con *salud sexual y reproductiva, salud mental, capacitaciones a promotores de salud, la gestión asociada y las mesas participativas*. Volvió a hablar del lenguaje inclusivo y dijo que lo iba a usar porque creía en eso. Después habló de “lo que faltaba”: formar un *comité de docencia e investigación* para organizar las horas de capacitación que cada trabajador debía tener. En consonancia con el evento anterior donde se impulsaron diferentes tipos de capacitaciones, en este evento, se propuso crear un comité para que las organice. Como introducción de la presentación de los afiches que los equipos iban a mostrar, habló de la capacidad de cada actor en *instalar agenda*. El coordinador hizo un “balance” enumerando las acciones realizadas hasta entonces como introducción a la sistematización con afiches que los equipos presentaron luego. Se puede ver en este tipo de intervenciones, usando la palabra y los afiches para mostrar al público todo lo que “se mejoró”. Las intervenciones

legitimaron ante la mirada de los funcionarios que la política estaba funcionando, y lo planificado se estaba concretando.

Luego de la presentación, el coordinador pidió que una persona por CAPS exponga el afiche que le pertenecía pegado en la pared, en ella había doce afiches, cada uno perteneciente a un CAPS. Algunos mencionaban la prevención y promoción (mediante test de cáncer de colon y HPV, por ejemplo), la *construcción de redes* articulando con otros CAPS o con otros organismos estatales como el área de desarrollo social. Dos centros hicieron una línea del tiempo: uno de ellos puso énfasis en los *proyectos comunitarios*: talleres de salud y controles de salud en escuelas; el otro incluyó fotos con los avances de obra y las *reuniones de equipo* que fueron definidos por los trabajadores como *creación de espacios de encuentros semanales donde se expresaron los conflictos internos*. En el momento de presentar cada afiche, la radióloga de uno de los CAPS dijo que *lo mejor que trajo AMBA fue el trabajo en equipo*. También habló de la incorporación de las promotoras y trabajadoras sociales y del papel de las *facilitadoras* que *ayudaron un montón*. Después de que cada representante de CAPS describiera su afiche habló la subsecretaria de salud quien estuvo desde el comienzo de la implementación de AMBA. Manifestó que *estaba sorprendida, nadie pensaba que iba a pasar todo esto, estoy aprendiendo un montón y rompiendo muchas estructuras, una cosa es el ideal, pero todo esto era impensado*. También que el concepto que quería rescatar es el de *compromiso* por el trabajo y que elegía hablar de una *salud comprometida*.

Para Abeles (1997) el poder representa y construye legitimidad y es tarea suya remitirse a la colectividad encarnando una imagen de coherencia y cohesión: el poder representa por cuanto pone en espectáculo el universo del que procede y cuya permanencia asegura (Op cit 6:1997). En este caso, la cohesión se sustenta en el discurso de los funcionarios respecto al *cambio de raíz en la Atención Primaria de la Salud* que es el lugar donde todos pertenecían, el mostrar los *logros* que todos habían alcanzado y los múltiples agradecimientos que se expresaron. A su vez, la funcionaria habló de la importancia de generar una *salud comprometida* como valor que sustentó los cambios que se realizaron. Respecto al momento en que los trabajadores presentaron los afiches de sistematización,

formó parte del proceso de institucionalización y legitimación de los cambios que se estaban llevando adelante frente a funcionarios de diferentes rangos y jerarquías como la secretaria y subsecretaria de salud municipal y el coordinador general de la política. En el evento se hicieron visibles las jerarquías propias de las dinámicas de funcionamiento de las instituciones estatales. A su vez, “mostrar” los afiches fue una manera de “mostrar” las mejoras que había traído la Red pública de Salud AMBA a los CAPS. Los funcionarios legitimaron el trabajo realizado en las *reuniones de equipo* que fue sistematizado por los carteles y posters. La legitimidad fue posible porque dichos funcionarios tienen el poder de reconocer que la construcción de *proformas* y *proyectos comunitarios* realizados en las *reuniones de equipo* mejoraron y optimizaron el servicio que se brinda en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

## **Reflexiones finales**

El interrogante desde el cual partimos se relacionaba con indagar de qué manera las modificaciones institucionales en las políticas públicas implican la creación de “nuevas” categorías de sujetos y prácticas, así como cambiantes formas legítimas de intervención en salud, donde los profesionales y otros trabajadores forman parte activa de estos cambios, incidiendo en su desarrollo. En función de ello nos propusimos comenzar analizando la perspectiva de los formuladores, para así poder dar cuenta de la manera en la política orientó la acción de las personas involucradas en la implementación local y su relación con los destinatarios. Para poder comprender los motivos que sustentaban las acciones propuestas para transformar el sistema, tomamos diferentes documentos contruidos por los formuladores: el *anteproyecto* de la política, los manuales y guías, las minutas de reunión, la línea de base, *proformas*, *proyectos comunitarios*; así como discursos de funcionarios y situaciones de campo entre implementadores y destinatarios. Luego de analizar el *anteproyecto* pudimos identificar que la propuesta no apuntaba solamente a transformar la Atención Primaria de la Salud, sino que tenía como fin modificar el sistema en su totalidad. Así mismo, relacionamos el proyecto de la política con un contexto de transformación política más amplia donde se apuntó a modernizar el Estado Nacional en su conjunto con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia. Fruto del análisis del *anteproyecto* comprendimos que los problemas que identificaban los formuladores en el sistema de salud del AMBA se relacionaban con la *migración*, *heterogeneidad* y *fragmentación*. Para dar respuesta a los problemas teniendo en cuenta que la gestión está atada a las jurisdicciones administrativas, la Red pública de salud AMBA propuso integrar el sistema en función de la gestión. Fue una propuesta política de unificar la gestión en salud de dos jurisdicciones trascendiendo las fronteras político-administrativas tradicionales de CABA y Provincia de Buenos Aires. El enfoque regional de la Red Pública de Salud AMBA sustentado en documentos como el *anteproyecto*, fue una decisión político-técnica posible en función de que las dos jurisdicciones estaban gobernadas por la misma coalición de partidos. Así ilustramos que las políticas públicas realizan recortes espaciales de acuerdo a los propósitos que los actores sociales tienen en un determinado momento y quieren cumplir (Koberwein y Gaztañaga, 2017).

Considerando que el análisis de documentos es insuficiente para dar cuenta de los procesos sociales, contrastamos el diagnóstico del sistema de salud realizado por los formuladores con las situaciones que observamos en el trabajo de campo. Confirmamos que la *migración*, es decir, la movilidad de las personas para ser atendidas, no obedece sólo a razones relacionadas con los tipos de servicios de salud, sino que se vinculan con cuestiones relacionados con su vida cotidiana como ser: la ubicación de sus lugares de trabajo, la confianza que pueden establecer con los profesionales de la salud o los cambios de los domicilios de residencia por las sucesivas mudanzas. Por su parte el diagnóstico de *heterogeneidad y fragmentación* lo observamos en los CAPS vinculado a las condiciones edilicias y equipamiento, la organización del sistema de turnos, la composición profesional de los equipos de trabajo, las actividades *extramuro* de promoción y prevención, así como en la falta de canales “formales” de comunicación y transmisión de información entre CAPS y hospitales.

Los manuales y guías de implementación fueron los documentos que dieron el contexto normativo que usaron los implementadores en su práctica de trabajo para contrarrestar lo que sucedía en los CAPS con lo que “debería” suceder según el diseño de la política. En nuestro caso, los manuales explicaron el plan de acción para solucionar los problemas presentados. El plan de acción se tradujo en cuatro *ejes estratégicos: recursos humanos, sistemas de información, modelo de gestión y atención e infraestructura*. Dichos ejes fueron la vía para *estandarizar* los niveles de atención del sistema de salud según el tipo de profesión que le correspondía a cada uno. La definición se basó en el concepto de *complejidad* que fue usado por los formuladores para distinguir epistemológicamente qué abordaje científico es el más apropiado para cada nivel de atención, *biomédica* para el segundo y tercer nivel o *social* para el primer nivel. Los *ejes estratégicos* apuntaron a fomentar la *integración y coordinación* de los diferentes niveles y jurisdicciones a partir de la incorporación de *tecnologías de la información*. Para las diferentes *heterogeneidades* se buscó *homogeneizar y descentralizar* la gestión de los centros de salud *estandarizando* salarios, funciones, edificación y formas de atención. Dentro de la estandarización se buscó incorporar a *la comunidad* en la gestión de los centros de salud y modificar la atención en función un nuevo ordenamiento territorial local. La *homogenización* incluyó

también un *sistema de formación permanente sobre sistemas de salud integrados, atención primaria de la salud y gestión participativa* tendiente a que se equiparen los saberes de los trabajadores del primer nivel de atención respecto a estos temas. La magnitud del cambio que se proponía implicaba casi todos los aspectos de la vida cotidiana de los CAPS: el uso del espacio y el espacio mismo a través de las reconfiguraciones edilicias; los tiempos de trabajo, la comunicación, los salarios y las formas de trabajo, con el objetivo de generar nuevos comportamientos en los agentes de salud y descartar viejos comportamientos asociados a un Estado entendido como verticalista, burocrático y desarticulado.

Los encuentros donde participaron funcionarios, coordinadores e implementadores de diferentes municipios fueron los momentos donde se transmitieron los principales valores que sustentaban el proyecto de la política. Considerando que las capacitaciones, manuales y guías tenían como destinatarios a lxs implementadorxs, transmitir los valores, era transmitir la importancia de las acciones que estos iban a llevar adelante. Se mencionó el *horizontalismo, la participación y la co-gestión* en oposición a formas tradicionales *verticales* de hacer gestión. También se resaltó el valor de la *multidisciplina* en *reuniones de equipo* en oposición al trabajo profesional individual y aislado. Dicho valor se expresó en la composición del *equipo transversal* de la política el cual incluyó a profesoras de arte y científicas sociales. Consideramos que el valor principal de la política es el de *red*, ya que fue utilizado por diferentes actores en sus discursos y documentos tanto en la formulación como en la implementación. La Organización Panamericana de la Salud, el ejecutivo Nacional, los manuales y Guías de implementación de la política, los funcionarios provinciales e implementadores locales lo utilizaron para argumentar el proyecto y también como guía para la acción de lxs implementadores. La *metáfora de redes* fue utilizada para pensar de manera abstracta las interacciones sociales. Como es sistémica, abarca todo el sistema de salud el cual contiene, como plantea Mauss (1991) aspectos legales, económicos, morales y emocionales en su funcionamiento. Por eso, la *metáfora de redes* se utilizó tanto para representar las conexiones entre diferentes niveles del sistema de salud, como para fomentar lazos sociales entre el centro de salud y *la comunidad*. El concepto de red, funcionó como una categoría de percepción del mundo

(Bourdieu, 2007), una matriz para ordenar tanto el conocimiento de los problemas como la acción para revertirlos. Transmitía una manera de hacer las cosas, y simbolizaba las coordenadas y el camino a seguir.

Retomando a Shore, las políticas públicas tienen racionalidades y métodos de gobierno que influyen en la subjetividad de las personas involucradas en ellas, reflejan maneras de pensar sobre el mundo y proponen maneras de actuar en él (Shore, 2010). A través de ellas se construyen nuevas subjetividades y nuevos tipos de sujetos. En nuestro caso, la propuesta de modificar la gestión para la integración significó un proceso de transformación de los sujetos de trabajadores en Atención Primaria de la Salud a gestores locales en *red*. Para eso fue requisito participar de diferentes tipos de *reuniones* donde se *problematizara* la práctica de trabajo. Lxs implementadores profesionales de ciencias sociales y humanas fueron lxs encargados de dicha tarea. Dentro de las acciones que debían realizar estaba la construcción de una gran cantidad de documentos: *minutas de reunión, registro de reunión ampliada, registro de actividades comunitarias, línea de base, proforma, informes de avance de implementación*. Cada uno de esos documentos formó parte de diferentes instancias en el proceso de implementación de la política. Servían como registro y apoyo para sustentar que se estaba trabajando y se estaba “mejorando”, que los recursos estaban siendo utilizados para realizar los cambios en el sistema de salud que inicialmente se habían plantado en el proyecto de la política. Se trataba de documentos que oficiaban como control burocrático, evaluación y auditoría (Graeber 2015). En líneas generales, los organismos e instituciones destinatarios de los documentos fueron el BID, la gestión municipal y la gestión provincial. Los documentos fueron mecanismos que tuvieron el poder de fijar las pautas de modernización. El alto control burocrático ejercido durante la implementación fue la forma en que funcionó el plan de transformación, ya que en dichos documentos se encontraron las categorías con que se evaluó al Estado. Allí se fijaron los parámetros que midieron a los CAPS más “atrasados” o “adelantados” en relación a los objetivos que los formuladores, con el aval de los organismos internacionales, presentaron en el proyecto. La burocracia que se construyó durante la implementación tuvo un importante rol en el ejercicio de dominación de dichos organismos y sus representantes.

La primera etapa de implementación local la definimos entre mayo del año 2018 al diciembre de ese mismo año. En aquellos meses, además de presentar el plan de acción de la política, se impulsaron reflexiones sobre *el sentido de la APS* a funcionarios, coordinadores de CAPS y trabajadores de CAPS. Dialogar acerca de ello era jerarquizar el primer nivel de atención respecto al resto del sistema, ya que usualmente era menospreciado en comparación con el segundo y tercer nivel de atención. En las diferentes reuniones: de presentación, de equipo en los CAPS, en los encuentros de sistematización con funcionarios, se mencionó a la APS y su necesidad de “mejora” lo cual cohesiona a los participantes de los encuentros ya que trabajar en APS era el punto que todos compartían. Por su parte, las actividades realizadas por implementadores y facilitadores en los primeros meses estuvieron enfocadas en adquirir distintos tipos de conocimientos. Considerando que los implementadores eran estudiantes o profesionales de las ciencias sociales y humanas, sin experiencia en el campo de la salud, el aprendizaje giró en torno a cuestiones como: qué era la APS, su historia en la Argentina, cómo se estaba llevando adelante en el Municipio, cómo funcionaba el sistema de salud en general, la metodología de *Gestión Participativa Basada en Problemas* y también cómo elaborar la *proforma*. Se apeló a la memoria histórica para darle sentido a la actualidad seleccionando programas del pasado como recurso pedagógico (Guglielmucci A y Guber R, 2013). De esa manera, los coordinadores transmitieron valores y legitimaron la política frente a implementadores que se incorporaban recientemente al campo de la salud.

En cuanto a las primeras *reuniones* donde se presentó la política en los CAPS, el clima fue tenso. Surgieron temas que no figuraban en los manuales ni en las “planificaciones” de los implementadores, la desconfianza hacia el proyecto de la política y las críticas hacia la gestión de la Secretaría de Salud fue, en líneas generales, la respuesta de los trabajadores de los CAPS. Se discutió acerca del estado edilicio, la infraestructura obsoleta, los bajos salarios, la sobrecarga de trabajo, de qué manera hacer promoción y prevención y si los médicos de todas las especialidades lo debían hacer. La planificación de las facilitadoras respecto a la categoría de “cuidado” fue resignificada por los trabajadores aduciendo que la Secretaría de Salud no los cuidaba. Esto indica que la modernización no se realizó en el vacío, la estructura jerárquica del Estado y las decisiones de la Secretaría de Salud



municipal previas a la llegada de la política influyeron en las expectativas de los trabajadores respecto a las promesas de cambio. A su vez, el rol de facilitación se estaba construyendo en base a los manuales y las capacitaciones que el coordinador del programa estaba brindando, pero no se había mencionado la incidencia que iba a tener la Secretaría en dicho rol. Los temas que no se podían resolver con los funcionarios, como cuestiones edilicias, de salarios, vínculos institucionales, se terminaban charlando en las reuniones de equipo con la idea que en algún momento sea escuchado por ellos.

La presentación de la propuesta de la Red Pública de Salud AMBA en los CAPS generó un clima de desconfianza de parte de los trabajadores ya que para llevar adelante los cambios era necesaria una alta cantidad de dinero y, teniendo en cuenta la crisis económica, consideraban difícil que las inversiones llegaran alguna vez. A medida que avanzó la implementación se diluyó la negatividad inicial por la presencia frecuente de las facilitadoras en los CAPS y la concreción de los diferentes ejes. Sin embargo, en aquellos primeros momentos, no fue extraño que las facilitadoras fuéramos percibidas como Otras en los centros, personas externas a ellos, “extranjeras”. La mayoría éramos profesionales de ciencias sociales-humanas sin conocimiento en el campo de la salud, por lo tanto, la distancia era mayor: nuestra capacidad, tal vez, estuviera así siendo puesta en duda por lxs trabajadores de la salud formados y con trayectoria. Por el contrario, para los formuladores, nuestra poca experiencia en salud era una virtud: no éramos portadoras de los viejos hábitos del campo que se querían cambiar. En cierto sentido, esa virtud era definida por la negativa (ausencia de experiencia en salud).

El rol de las facilitadoras le otorgó legitimidad a la propuesta frente a los trabajadores de la salud y también frente a los funcionarios de la Secretaría por ser profesionales de disciplinas que tenían conocimientos específicos para abordar la *complejidad social* del primer nivel de atención. Se trata de disciplinas que tendrían conocimiento sobre *cómo transmitir y transformar la mentalidad* (Frederic y Masson, 2006). Respecto a la “función metodológica” de las facilitadoras, fue presentada en los manuales con una ilusión de objetividad que en la práctica no fue tal ya que a lo largo de la implementación las facilitadoras tomaron posicionamiento acerca de asuntos como: introducir la perspectiva

de género al trabajo en salud, despidos, temas salariales o de funciones de los trabajadores y lograr que los problemas analizados en las *proformas* que implicaban a la Secretaría sean recepcionados. Las quejas por la *falta de comunicación* con la Secretaría eran recurrentes en las *reuniones de equipo*, por lo tanto, muchas veces se recurría a las facilitadoras para encontrar soluciones. Debido a eso, muchas veces las facilitadoras fueron mediadoras entre los CAPS y la Secretaría, las reuniones semanales entre el coordinador de implementación y los funcionarios en algunas ocasiones fueron una vía para solucionar problemas. Mi rol técnico como facilitadora antropóloga también implicó un proceso de aprendizaje en el fui adquiriendo experiencia profesional como “gestora”. La multiplicidad de reuniones a las que asistimos implicó un ejercicio de “pensar en problemas” y guiar a los equipos para generar acciones para solucionarlos. Las reuniones pasaron a ser parte de la cotidianidad del trabajo de facilitación. Según Frederic (2000), reunirse es una forma de interacción social, un campo de sociabilidad que trasciende la política, exige la determinación temporo-espacial colectiva del encuentro lo cual también conllevaba un trabajo de coordinación de personas acordando días y horarios. A las reuniones había que “gestionarlas”, acordar participantes y establecerlas, es decir, institucionalizarlas, tenían que empezar a formar parte de las horas de trabajo en los centros de salud. Institucionalizar las *reuniones de equipo* era uno de nuestros mayores objetivos como *facilitadoras*. Gestionar por problemas fue la manera en que los formuladores encontraron para enseñar sobre “gestión” a los trabajadores de los CAPS. En ese proceso no solo los CAPS adquirieron herramientas, sino que las mismas facilitadoras pasaron a ser “gestoras locales en red” a través de las numerosas reuniones que organizaron y participaron.

A finales del año 2018 lxs implementadorxs construyeron durante tres meses la *línea de base* en el que hicieron entrevistas a los trabajadores de salud considerando los *ejes estratégicos* de la política. La *línea de base* fue un documento que formó parte del proceso de evaluación y auditoría, características de todo proceso burocrático (Graeber, 2015), y presentado a los funcionarios y organismos internacionales para que evalúen el trabajo realizado. De esa manera, el documento tenía la potencialidad de mostrar a los actores que lo leyeron las *mejoras* en la escala local.

El análisis etnográfico nos permitió identificar tareas y saberes que no figuraban en los documentos burocráticos como la *línea de base* y que, por lo tanto, escapaban a la lógica burocrática. En el caso de las administrativas, mostró que cumplían un rol fundamental, tenían un conocimiento detallado de la organización del centro de salud, aspecto que pocas veces era valorado institucionalmente. Eran las primeras que recibían a las personas que querían ser atendidas y tenían la posibilidad de flexibilizar o no las normas que la Secretaría de Salud imponía. Respecto al momento de entrega de turnos, consideramos que es la expresión simbólica de la organización del tiempo en las instituciones de salud (Ferrero, 2003), las administrativas son las personas por excelencia conocedoras de los tiempos, organización e interacciones que suceden dentro del centro con el afuera. El vínculo que entablaban con las personas no era un conocimiento sanitario, sino “social”. Conocían a la gente con la que interactuaban, e incidían así en forma intensa en el desarrollo del servicio de salud brindado a la población. Por su parte, la coordinadora del área de salud mental y la médica ginecóloga también recurrían a un conocimiento vincular, relacional, y lo consideraban importante y central en su práctica de trabajo. En sus casos, es un conocimiento personalizado de agentes de salud de diferentes instituciones el cual les permite agilizar la respuesta a los problemas en salud.

Durante el desarrollo de las políticas, las personas son categorizadas, clasificadas y reguladas por procesos donde se asignan identidades particulares a individuos y grupos específicos; a su vez que se construyen esas identidades (Shore, 2010). La categoría *reunión de equipo* comenzó a instalarse durante el proceso de construcción del documento *línea de base* y luego en la práctica de implementación. Considerando que los destinatarios de dicha categorización son los trabajadores de la salud nos preguntamos ¿Cómo se llega a ser un *gestor participativo en salud*? ¿Qué implicancias tuvo para los agentes la puesta en práctica de esta categorización? Para contestar esos interrogantes analizamos el proceso social de construcción del documento *proforma*. Su puesta en práctica implicó que se consoliden las *reuniones de equipo* como parte de la rutina de los CAPS y las *facilitadoras* fomenten la *problematización*. Las *proformas* fueron documentos creados para planificar y gestionar los procesos de trabajo ya que, según los formuladores, dicha gestión era ineficiente y necesitaba ser *mejorada*. En el proceso, las trabajadoras de salud introdujeron

temas que les preocupaban como la diferencia de criterios entre profesionales para la entrega de leche y atención de embarazadas; y la falta de medicamentos por *problemas de comunicación* con la Secretaría de Salud. Por su parte, las implementadoras incidieron poniendo en debate la desigualdad de género expresada en el lenguaje y la importancia de que los trabajadores se capaciten en educación sexual para luego llevar esos conocimientos a la práctica de trabajo. En la *proforma* sobre alimentación no solo se asentaron criterios biomédicos, sino que las facilitadoras incluyeron conceptos como *alimentación realista* que consideraba no solo lo que las personas debían consumir, sino lo que podían comprar. La línea de trabajo en salud sexual se impulsó durante la implementación, aunque no haya figurado en los manuales ni se haya planificado previamente por parte de los formuladores. El énfasis puesto en analizar las interacciones (Trentini; Giñazu; Carenzo 2022) mostró que el diálogo de saberes se inscribe en procesos sociales donde los participantes deciden de qué manera involucrarse incidiendo en el desarrollo de las políticas. Además, al poner énfasis en las interacciones pudimos analizar cómo las reuniones incluyeron visitas del intendente, quien mediante su participación legitimó su postulación a un nuevo mandato electoral al mostrar que se estaba “fortaleciendo” la APS. La naturaleza política de las políticas públicas (Shore, 2010) aparece de manera oculta, enmascarada, en los manuales y guías de implementación. Sin embargo, se expresa en este tipo de eventos donde al mostrar las acciones los funcionarios públicos gobiernan y acumulan poder. La implicancia de ser un *gestor participativo en salud* para los trabajadores se relacionó con incorporar diferentes tipos de reuniones a su trabajo, lo cual conllevó que se destine un tiempo específico para eso, dejando de lado otras tareas. Los trabajadores fueron incorporando conocimientos acerca de cómo llevar adelante dichas reuniones grupales en las que definieron los problemas a tratar y sus soluciones. Además, tuvieron que mostrar a distintos actores estatales los resultados de los consensos grupales mediante registros como las minutas y la proforma con las que se medían las “mejoras” obtenidas.

Al analizar el proceso de implementación, nos encontramos con dos sentidos de participación. La primera implica instancias deliberativas a las que son convocados los ciudadanos, instituciones y organizaciones por diferentes medios. En esas instancias los

formuladores afirmaban reiteradamente que en los espacios deliberativos no se negociaba, es decir, no se perseguía el beneficio propio a costa del otro, sino que se acordaba que la salud se construye entre todos, y que la *participación* puede propiciar espacios de creatividad y novedad que las formas centralizadas y verticalistas no pueden ofrecer. La segunda modalidad de *participación* refiere a los trabajadores de la salud, cuya injerencia se pensaba principalmente a nivel de la *microgestión* de los centros de salud, pero también en el de la *mesogestión*, que sería el espacio de influencias de la Secretaría de Salud. Este tipo de *participación* tomaba como centro a los equipos de salud. Dentro del modelo, el segundo tipo incluye al primero ya que es necesario que los trabajadores participen para que “la comunidad participe”.

Es cierto que “no se negocia” en el sentido expuesto más arriba, pero también es cierto que dichos espacios forman parte de procesos políticos locales donde se aprovecha, disputa y en algunos casos modifica el proceso de desarrollo de las políticas (Trentini; Giñazu; Carenzo, 2022). Las evaluaciones de antemano respecto a cuándo hay o no participación pueden llegar a obstruir las iniciativas anulando su desarrollo.

Dentro de la modalidad de participación relacionada con la incorporación de organismos públicos y de la sociedad civil en la gestión de los CAPS analizamos la conformación y desarrollo de lo que se llamó *La mesa interinstitucional*. Durante su desarrollo se expresaron distintos sentidos respecto al concepto de participación dentro del equipo de implementación. Para una parte de las facilitadoras y el coordinador de la política se asociaba a la incorporación de “vecinos” mientras que, para las facilitadoras de zona norte, la incorporación de organizaciones sociales y organismos públicos como escuelas, centros deportivos y comedores que funcionaban en el barrio, ya era una forma de generar “participación”.

Considerando las características de *La mesa* retomamos el concepto de “participación burocrática” (Ferrero y Arach, 2022) ya que algunos de los temas tratados en la *mesa* iban en ese sentido. Los problemas en la obtención del carnet para acceder al centro deportivo municipal, el compartir los medicamentos si alguno faltaba, la agilidad en el sistema de turnos, eran temas “burocráticos” que limitaban el acceso a los diferentes servicios

públicos. Al respecto, y teniendo en cuenta el lugar que dichos temas ocupaban en las reuniones consideramos que los temas “burocráticos”, no son menores, sino que en muchos casos pueden facilitar o anular el acceso a los servicios públicos. Respecto a la dinámica de *la mesa* y el proceso de consolidación de las reuniones, se tomó el modelo de *Gestión Participativa Basada en Problemas* que desde la política se estaba fomentando. La presentación de “problemas” y “soluciones” atravesó diferentes temas: la organización de aptos físicos para el ingreso al Centro Deportivo Municipal, la incorporación de nuevos protocolos para la atención de casos de Abuso Sexual Infantil, la realización de talleres de educación sexual para prevenirlos y también la organización de talleres de capacitación para *referentes comunitarios* sobre consumo de drogas. La afinidad y la cohesión que los integrantes de la mesa tenían fue la de pertenecer a una misma zona, generar vínculos a partir de su trabajo cotidiano porque asistían a la misma población y también, en varios casos, la afinidad partía de pertenecer a la misma disciplina: psicología. Respecto a la construcción y desarrollo de *la mesa* enmarcamos el proceso dentro del concepto de *red* y de *salud conectiva* ya que la idea era conectar diferentes referentes institucionales de un mismo *territorio*.

El conocimiento que los equipos de salud debían adquirir para modificar su práctica de trabajo estaba sustentado en una propuesta de transformación del sistema de salud que apuntaba a la *descentralización territorial* a través de la *participación comunitaria*. Respecto a la *descentralización territorial* la idea era reorganizar el territorio asociado a cada centro modificando la forma en que los usuarios eran atendidos y también la forma en que eran admitidos por parte de las administrativas. Para implementar los cambios se realizaron *mapeos colectivos* con el fin de que los equipos dibujaran los límites de cada área poniendo en común el conocimiento de cada trabajador respecto al territorio y las instituciones que formaban parte de él. Los mapas ilustran cómo las comunidades poseen, utilizan y habitan las tierras, también como el ordenamiento territorial puede ser impulsadas por agencias hegemónicas como el Estado. En nuestro caso, el mapeo fue llevado adelante por una política pública que tiene como destinatario a los trabajadores del mismo Estado intentando modificar sus representaciones espaciales y de esa manera su práctica de trabajo. Para el Estado la integridad del territorio son sus objetivos en un

grado tal que no es característico de los otros agentes (Blanco, 2007). El Estado a través del Ministerio de Salud de la Provincia fue un agente activo en la producción del espacio intentando generar modificaciones en las representaciones de los agentes de salud y su responsabilidad en el territorio tanto a nivel de la integración de la gestión en salud de la Provincia y Capital pensando al AMBA como unidad sanitaria, como a nivel local organización el territorio sanitario dentro de los mismos municipios. La definición de las *áreas de responsabilidad* ordenaba el territorio sanitario local reorganizando el seguimiento en salud de los usuarios.

El ordenamiento territorial en la escala local implicó incorporar un nuevo requisito para el acceso al servicio relacionado con el domicilio del documento y los límites del *área programática*. La propuesta generó conflictos en los CAPS ya que algunos trabajadores consideraban que la iniciativa era expulsiva. Su puesta en marcha implicó que las administrativas tenían que “educar” a la población respecto a donde se debían atender según el domicilio de residencia que figuraba en el documento. Además, el cambio en la atención generó descontento y quejas de parte de la población atendida por los CPAS, porque había confianza con los profesionales y no querían cambiar de lugar y profesional. Lo mismo sucedía con los residentes de otros municipios que no querían dejar de ser atendidos. A su vez, la iniciativa generó problemas entre los CAPS de la zona ya que las personas empezaron a circular entre CAPS aduciendo que la administrativa no le quería dar turno. Las tensiones por los cambios en la organización de la admisión originaron una “confrontación de espacialidades” (Canelo, 2012: 50) entre la propuesta de la política, la experiencia de los trabajadores de los centros y los usuarios lo cual derivó en que se cancelara la propuesta.

Los límites espaciales del *área programática* y de la jurisdicción municipal se tradujeron en condicionamientos y requisitos respecto a la adquisición de un derecho. Estos requisitos estaban representados por agentes de salud, las administrativas, que ejercían un control (Dass y Pool, 2008) y podían cumplir con la normativa vigente con más o menos compromiso según criterios de confianza personal o grado de gravedad del cuadro de salud. Las administrativas fueron las encargadas de llevar adelante la “educación espacial”

a los usuarios para que puedan adquirir el servicio; fueron capacitadas por los implementadores para abrir las historias clínicas digitalizadas de cada usuario para que pueda ser atendido con esta nueva tecnología; tenían que aprender a utilizar el sistema electrónico de asignación de turnos y estar al tanto de las agendas de los profesionales con los tiempos de reunión, tiempos de trabajo comunitario, tiempos de atención y tiempos de capacitación. Sin embargo, la función administrativa no figuraba en los manuales como parte de los diferentes tipos de “equipos” *estandarizados* (*nucleares, ampliados y completos*) que debían funcionar en los centros de salud. Como no formaban parte de los equipos tampoco formaban parte de la *estandarización* de los salarios ni de las horas de capacitación intrínsecas a su trabajo quedando su definición a merced de las decisiones de la Secretaría de Salud municipal. Es decir, sus saberes y enorme cantidad de tareas que debían hacer y aprender durante la implementación no estuvo contemplado en el proyecto de la política. Su función sostenía y articulaba los tiempos de trabajo dentro del CAPS con los tiempos de los usuarios. Las definiciones espaciales vinculadas al acceso al centro, así como la incorporación tecnología de la información a la burocracia las tenía profundamente implicadas por ser cuestiones relacionadas con su trabajo cotidiano.

Por último, hemos analizado cómo los eventos donde participaron funcionarios provinciales, municipales, implementadores y trabajadores de los CAPS afianzaron y actualizaron las principales ideas planteadas en el diseño de la política, funcionando como una forma de comunicar el trabajo realizado y de legitimar las acciones presentes y futuras. El análisis de los eventos adquirió importancia porque se trató de instancias en las que se reforzaron los sentidos alrededor de la necesidad de un cambio profundo en el funcionamiento de las instituciones estatales, en la gestión de la atención primaria, y en la forma de trabajo en el ámbito de la salud en general. En los eventos se expresaron técnica y simbólicamente dos cuestiones que están presentes en forma transversal en todos los aspectos de la política implementada: por un lado, la necesidad de que ocurran transformaciones en las personas y, por otro, cuestiones propias de las dinámicas de funcionamiento de las instituciones estatales en salud como ser el rol de las jerarquías institucionales. Además, en los diálogos, discursos, explicaciones y actividades lúdicas que sucedieron, se transmitieron valores (Graeber, 2013) como el *trabajo en equipo, la*



*cooperación, el trabajo con la comunidad, la interdisciplina* y el trabajo en red, que debían orientar la acción de todas las personas involucradas en llevar adelante el cambio. Cada uno de los eventos analizados, tuvo características relacionadas con el momento del proceso de implementación en el que se llevaron a cabo: el inicio avanzado del mismo en el mes de marzo en el caso del primero y el pleno desarrollo de la política en el mes de junio en el segundo. Entendidos como situaciones sociales, consideramos que se trató de eventos que marcan un cambio en relación a dinámicas previas y posteriores al expresar la propuesta local de implementación de la política. Los eventos tuvieron la función de cohesionar a sus participantes mediante mecanismos discursivos y simbólicos; a su vez, se visibilizaron jerarquías y se reprodujo, al decir de Gluckman, la estructura subyacente de las relaciones sociales. Pero estas situaciones no revelaron sólo una sincronía, como sucede en el caso trabajado por Gluckman, sino que proyectó un futuro, adelantando líneas de trabajo y anunciando a las personas que las iban a dirigir.

A su vez, la utilización de lenguajes artísticos fue una manera de impulsar mecanismos de comunicación y confianza entre los CAPS y *la comunidad* donde los promotores tendrían una importante función. También se explicitaron los beneficios que iba a traer para los trabajadores que las obras se terminaran y que se incorporaran los cambios para optimizar y agilizar el trabajo cotidiano. Mostrar las ventajas futuras fue un mecanismo que se utilizó para que los trabajadores se unan y colaboren para lograr un mejor servicio de Atención Primaria de la Salud. Subir al escenario fue una forma de darle relevancia a las líneas de trabajo que se había realizado en los primeros meses y hablar de lo que faltaba hacer. La intervención de las referentes de actividades comunitarias apuntó a valorizar el arte en la salud, la prevención y expresó dos posicionamientos respecto a la atención, uno *clásico* y otro más “horizontal” que les otorga importancia a los saberes incorporados a través de la experiencia de los pacientes. Como afirma Graeber (2001), el valor de la acción sólo toma forma concreta frente a una audiencia. La performance verbal en la vida pública como discursos o cánticos en eventos rituales o ceremonias, son las formas en que los actores moldean y reconocen formas de valor. En este caso, la performance verbal de funcionarios y coordinadores de implementación resaltó ante el público presente los valores fundamentales dentro de los ejes de acción de la política. Las disputas, sin embargo, y

como hemos visto, no estuvieron ausentes. Usar la A para la palabra “todas” donde antes se usaba la palabra “todos” en masculino aclarando que hablaría en femenino era una manera de hacer visibles a las mujeres en el discurso, cuestión que había traído tensiones durante la implementación.

Para Abeles (1997) el poder representa y construye legitimidad y es tarea suya remitirse a la colectividad encarnando una imagen de coherencia y cohesión: el poder representa por cuanto pone en espectáculo el universo del que procede y cuya permanencia asegura (Op cit 6:1997). La cohesión se sustenta en el discurso de los funcionarios, por ejemplo, durante el segundo evento, respecto al *cambio de raíz en la Atención Primaria de la Salud* que es el lugar donde todos pertenecían, el mostrar los *logros* que todos habían alcanzado y los múltiples agradecimientos que se expresaron. A su vez, el énfasis en una *salud comprometida* fue ponderado como un valor relativo a los cambios que se realizaron.

Cuando los trabajadores presentaron los afiches de sistematización durante el segundo evento, parecía que el proceso de institucionalización y legitimación de los cambios tomaban forma frente al público. Considerando que esta acción se realizó frente a funcionarios de diferentes rangos y jerarquías, el hecho de “mostrar” se manifestó como de suma importancia. En el evento se hicieron visibles las jerarquías propias de las dinámicas de funcionamiento de las instituciones estatales. “Mostrar” los afiches fue una manera de “mostrar” las mejoras que había traído la Red pública de Salud AMBA a los CAPS. Los funcionarios legitimaron el trabajo realizado en las *reuniones de equipo* que fue sistematizado por los carteles y posters. La legitimidad fue posible porque dichos funcionarios tienen el poder de reconocer que la construcción de *proformas* y *proyectos comunitarios* realizados en las *reuniones de equipo* mejoraron y optimizaron el servicio que se brinda en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

Para próximas investigaciones me interesa continuar indagando acerca de cómo los saberes y trayectorias de trabajo de distintos agentes de salud se ven atravesados por las políticas de modernización estatal, y profundizar sobre su punto de vista respecto a cómo se llega a “ser” un gestor en salud. Hasta el momento hemos analizado como el proyecto de transformación del Estado se basó en aplicar tecnología de la información a la

burocracia modificando la organización del trabajo. Sin embargo, la política no contempló a las personas clave encargadas de dichas tareas en los CAPS: las administrativas. Así mismo, crear red fomentando la participación en la gestión del primer nivel de atención fue una manera de contrarrestar el verticalismo propio de las instituciones públicas. No obstante, hemos visto como a lo largo de la implementación se desplegaron diversos mecanismos burocráticos para mostrar, auditar y evaluar (Graeber, 2015) los “logros” obtenidos. La burocracia propia del Estado fue utilizada para legitimar la política que se estaba impulsando y fue necesario desplegar las jerarquías institucionales para que los cambios efectivamente se lleven adelante.

## **Bibliografía**

Alvarez Avila, Carolina (2022) “Mapeos participativos: afectaciones, compromisos y efectos” *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 43(1), 247-266.

Abelés, Marc (1997) “La antropología política: nuevos objetivos, nuevos objetos” En: *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, No.13, Unesco, París.

Abu-Lughod, Lila (1988): “Fieldwork of a Dutiful Daughter”, en Altorki, Soraya and Fauzi El-Solh, Camillia (Eds.), *Arab Women in the Field. Studying your own Society*. Syracuse University Press (Pp. 139-161)

Abrams, Philip (1988) “Notes on the difficulty of studying the state” En: *Journal of Historical Sociology*, Vol. 1, 1, pp 58-89. Blackwell.

Almeida-Filho, Naomar (2006) “Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones” *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(2): 123-146.

Badie Marilyn, Arciprete Ana, Fuentes Cristina, Hirsch Silvia, Orlando María Florencia (2013) “Uso, circulación y significación de los medicamentos en comunidades pilagá, guaraní, mbya-guaraní, tapiete y toba” *Rev Argent Salud Pública*, 2013; 4(17):13-23

Balandier, Georges (1994) *El poder en escenas. De la representación del poder al poder de la representación*. Ediciones PAIDOS. Barcelona. Buenos Airas. México.

Balbi, F [et.al.] (2017) *La comparación en antropología social: problemas y perspectivas; compilado por Fernando Alberto Balbi*. - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Antropofagia

Balvi, Fernando & Boivin, Mauricio (2008) “La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política, Estado y gobierno” *Cuadernos de antropología social* 27, pp. 7-17

Blanco, Jorge (2007) “Espacio y territorio: elementos teórico-conceptuales implicados en el análisis geográfico”. En: Fernández Caso, M.V. - Gurevich, R. (coord) *Geografía. Nuevos temas, nuevas preguntas*. Biblos, Buenos Aires.

Bourdieu, Pierre (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

----- (2007) [1987] “Espacio social y poder simbólico” En: Bourdieu, Pierre. *Cosas Dichas*, Barcelona: Editorial Gedisa, págs.

Castelnuovo Biravent, Natalia (2015) “El Estado legislando, relevando, mapeando. Una etnografía de una política estatal de mapeo de las tierras indígenas en Salta (Argentina)” *Geopolítica(s) Revista de estudios sobre espacio y poder*.

Canelo, Brenda (2012) *Fronteras internas: migración y disputas espaciales en la ciudad de Buenos Aires*. - 1a ed. -Buenos Aires: Antropofagia, 2012. 304 p. ;23x16 cm

Cendali, Florencia & Pozo, Luciana (2008) “Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos” V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Chiara, Magdalena Di Virgilio, Mercedes Ariovich, Ana (2010) “La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)” *Salud Colectiva* 6(1), pp. 47-64

Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes (2009) *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento. Prometeo Libros.

Chiara, Magdalena (2012) “Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires” /. Ana Ariovich ... [et.al.] - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Carenzo Sebastián y Trentini, Florencia (2020) “Diálogo de saberes e (in)justicia epistémica en la construcción colaborativa de conocimientos y tecnologías: interpelando dicotomías desde las prácticas”. *Ucronías*, 2: 99-129.

Daniel, Claudia y Caravaca, Jimena (2021) “Modernización Estatal e Innovación Pública durante el gobierno de Cambiemos en la Argentina. Notas desde una perspectiva crítica” *Revista Estado y Políticas Públicas* No 16. mayo - septiembre de 2021. ISSN 2310-550X, pp. 221-245

Durkheim, Emile 1992[1912]. *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid, Akal.

Fassin, Didier (2000) “Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud” En: *Participación social ¿Para qué?* Menendez E y Spinelli H. (2006)

Fox, Nick. y Ward, Katie (2009) “Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalisation of everyday/night life”, en (S.J. Williams, J. Gabe and P. Davis Eds) *Pharmaceuticals and Society. Critical Discourses and Debates*, Wiley-Blackwell, West Sussex, 2009, pp. 41-53.

Fonseca, Claudia y Cardarello, Andrea (2005). “Derechos de los más y menos humanos” In: TISCORNIA, Sofía y PITA, María (Orgs.). *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia p. 9-41.

Ferrero, Laura (2003) “Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico” *Cuadernos de Antropología Social* 18 pp. 165-183

Frederic, Sabina (1998) “Re haciendo el campo. El lugar del etnógrafo entre el naturalismo y la reflexividad”. *Publicar* Año VI N°7

----- (2000) “De reunión en reunión. La observación participante en el conocimiento etnográfico de procesos políticos ¿urbanos o nativos?”; *Horizontes Antropológicos* 6(13).

Frederic, Sabina y Masson, Laura (2006) “Hacer política en la Provincia de Buenos Aires”: cualidades sociales, políticas públicas y profesión política en los ‘90

Frankenberg, Ronal (1992) “‘Your time or mine’: temporal contradictions of biomedical practice”. En: R. Frankenberg (Ed.) *Time, Health and Medicine*. London: Sage Publications. pp. 1-30.

Ferrero, Brian y Arach, Omar (2022) Los límites de la participación burocrática. Reflexiones a partir de la creación del Sitio Ramsar Delta del Paraná. En: Trentini; Giñazu; Carenzo (2022) *Más allá -y más acá- del diálogo de saberes. Perspectivas situadas sobre políticas públicas y gestión participativa del conocimiento*. 1ª ed. compendiada - San Carlos de Bariloche: IIDyPCa - Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural Procesos de Cambio.

García, Guadalupe (2013) “Rutinas médicas y estandarización: reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires” *Cuadernos de Antropología Social* No 37, pp 85–108, 2013 FFyL – UBA – ISSN 0327-377

Gluckman, Max (2003) “Análisis de una situación social en Zululandia moderna”. En: Bricolage. *Revista de estudiantes de antropología social*, 1 (1). Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

Guiñazú, Samanta (2017) “La performatividad de las Políticas Públicas: Modalidades de interacción e interpelación entre Estado, sociedad e indígenas en el proceso de ejecución de una política pública indigenista (2006-2017)” *Revista Estado y Políticas Públicas* No 9. octubre de 2017 - abril de 2018. ISSN 2310-550X, pp. 145-167

Good, Byron (2003) “Cómo construye la medicina sus objetos” En: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona: Edicions Bellaterra.

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

Graeber, David (2018) *Hacia una teoría antropológica del valor: la moneda falsa de nuestros sueños*. 1ª ed CABA. Fondo de Cultura Económica.

Graeber, David (2015) *La utopía de las normas. De la tecnología, la estupidez y los secretos placeres de la burocracia*. Epub Libre.

Guglielmucci, Ana (2013) *La consagración de la memoria: una etnografía acerca de la institucionalización del recuerdo sobre los crímenes del terrorismo de Estado en la Argentina* - 1ª ed- Buenos Aires. Antropofagia.

Koberwein, Adrián (2010) “Dar, recibir y devolver en una política de microcréditos: participación, compromiso y adhesión”, en: Doudtchitzky, S. y A. Koberwein, *El microcrédito como política social y como proyecto político. Confianza, participación y compromiso en el Banco Popular de la Buena Fe*. Ed. Antropofagia, Buenos Aires.

Koberwein, Adrián y Gaztañaga, Julieta (2017) “Etnografía, comparación y procesos regionales: el problema de la escala” En: *La comparación en Antropología social: problemas y perspectivas*.

Lazar, Sian (2019) *Cómo se construye un sindicalista. Vida cotidiana, militancia y afectos en el mundo sindical*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Lins Ribeiro, Gustavo (1998) “Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica” En Boivin, F.; Rosato, A.; Arribas, V. (eds.): *Constructores de otredad*. (pp. 237-242) Buenos Aires: Eudeba.

Mauss, Marcel (1991) [1923-24]: *Ensayo sobre el don*. En Sociología y Antropología. Madrid: Tecnos.

Menéndez, Eduardo & Di Pardo, Reneè (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención Primaria y procesos de alcoholización*, México: Ediciones de la Casa Chata

Menéndez, Eduardo (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.

----- (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud” Buenos Aires. Pág. 451-464.

Spinelli, Hugo y Menéndez, Eduardo (2006) *Participación social ¿Para qué?* 1era ed. Buenos Aires, Lugar Editorial

Muzzopappa, Eva y Villalta, Carla (2011) “Los Documentos como campo. Reflexiones teórico-metodológicas sobre un enfoque etnográfico de archivos y documentos estatales”. *Revista Colombiana de Antropología*, 47(1), pp. 13-42

----- (2022). “El archivo como nativo. Reflexiones y estrategias para una exploración antropológica de archivos y documentos”, *Etnografías Contemporáneas* 8 (15), pp. 202-230.

Oszlak, Oscar y O'Donnell, Guillermo (1981). “Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación”. Doc. CEDES/CLACSO, N° 4, Buenos Aires

Pozzio, María. (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos del género en la gestión cotidiana de políticas en salud*. Buenos Aires: Antropofagia.

Quirós, Julieta (2021) *¿Para qué sirve unx antropólogx? La intervención antropológica y sus relaciones con la investigación* / Julieta Quirós. - 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades, 2021. Libro digital, PDF - (Antropología un viaje de ida / 1)

Rossetti, Sebastián (2021). “El Derecho a nombrar(se). El Lenguaje no sexista e inclusivo como política lingüística ‘desde abajo’ en el ámbito de la Universidad Nacional de Rosario” (pp. 99-114), *Tiempo de Gestión* No 30, FCG-UADER, Paraná.

Radcliffe-Brown, Alfred (1940) “Preface” En: Fortes, M. y E. Evans-Pritchard (eds.), *African Political Systems*. OUP, Oxford. pp. 11-23

Rosato Ana y Boivin Mauricio (2017) “Las relaciones entre etnografía y comparación en el análisis procesual” En: *La comparación en Antropología Social: problemas y perspectivas*. Comp. Fernando Alberto Balbi.

Shore, Cris (2010) “La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas”. *Antípoda* (10), pp. 21-49

Shore, Cris y Susan Wright (1997) "Policy: a new field of anthropology". En *The anthropology of policy: critical perspectives on governance and power*. Editado por Cris Shore y Susan Wright. Nueva York: Routledge

Spinelli, Hugo (2017) “Gestión: prácticas, mitos e ideologías” *Salud Colectiva* | Universidad Nacional de Lanús

Swartz, Marc, Turner Victor. y Tuden, Arthur (1966), “Introducción” a *Political Anthropology*, Chicago, Aldine Publishing Company, pp. 1-41

Solans Andrea y Margulies Susana (2019) “Políticas públicas de salud y alimentación infantil en ciudad de Buenos Aires. El “rito” de la entrega de leche”. *Artículo de Andes, Antropología e Historia*. Vol. 1, N°30, pp. 1-24



Tamayo Sáez, Manuel (1997). “El análisis de las políticas públicas”, en Bañón, R. y Carrillo, E. (comp.). *La nueva Administración Pública*, Alianza, Madrid. IV: La implantación de las políticas públicas. Pp. 299-305.

Trentini Florencia, Giñazu Samanta; Carenzo Sebastián (2022) *Más allá -y más acá- del diálogo de saberes. Perspectivas situadas sobre políticas públicas y gestión participativa del conocimiento* / 1ª ed. compendiada - San Carlos de Bariloche: IIDyPCa - Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural Procesos de Cambio.

Tambiah, Solange (1979) “A performative Approach to Ritual” En: Culture, thought, an social action. An antropological perspective. Massachusetts, Harvar University Press.

Veena, Das y Poole, Debora (2008) “El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas” En: *Cuadernos de Antropología Social*, 27, pp. 19-52. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

### Fuentes

Risler, Julia y Ares, Pablo Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa / Julia Risler y Pablo Ares. - 1a ed. - Buenos Aires: Tinta Limón, 2013.

CUS, desarrollando sistemas de salud integrados, 2019

Red Pública de Salud AMBA. Anteproyecto Red Integrada de Cuidados Progresivos. Buenos Aires noviembre 2016. Jefatura de Gabinete de ministros, Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad. Buenos Aires Provincia.

Manual para equipos de salud y actores de salud de la comunidad. Fortalecimiento del modelo de gestión de la promoción, prevención, atención y rehabilitación en la comunidad y centros de salud.

Guía para equipos de facilitadores. El acto de cuidado expresado en las actividades comunitarias...hacia los dispositivos de enlace para una salud conectiva. Un Modelo de gestión y atención con eje comunitario.