

# Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud<sup>1</sup>

---

Daniel Fränkel<sup>2</sup>

## Resumen

*En el espacio de la salud pública municipal intervienen reglas enraizadas que obstaculizan la implantación de los programas materno infantiles. Las mencionadas reglas conforman el Orden Terapéutico Institucional. Factores culturales no debidamente abordados por la gestión se asocian con la profundización de brechas institucionales preexistentes, con la reproducción de la desigualdad y*

## Palabras clave

Orden Terapéutico Institucional. Reglas. Paradojas. Vínculos.

## Key words

Institution Therapeutic Order, Rules, Paradoxes. Links.

1. Este trabajo tiene como marco de referencia los capítulos II: "Reflexiones en torno a algunos nudos críticos de la investigación" y capítulo III: "El problema de la subjetividad en los programas materno infantiles: arqueología de la impotencia en la constitución del ser" en *Efectos de la transferencia y apropiación en la gestión de programas materno-infantiles: un estudio comparativo aplicado al sector salud*, Tesis de Maestría sobre Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés, Buenos Aires, septiembre de 2001. Se trata de una investigación comparativa de tipo exploratorio en

El Orden Terapéutico Institucional<sup>3</sup> que envuelve a la Salud Pública incide en los problemas de implantación de los programas materno infantiles. Factores culturales no debidamente abordados por la gestión se asocian con el ocultamiento de reglas enraizadas. Entre sus efectos se destacan la profundización de brechas institucionales preexistentes y fracasos en la sustentabilidad.

La implantación de los programas materno infantiles en la Provincia de Buenos Aires,<sup>1</sup> revela que cuando se limitan las expresiones ligadas con la subjetividad se reproducen reglas de juego instituidas tras sus pasajes por la gestión municipal.

Estos aspectos son desarrollados en una investigación orientada a conocer, en el Or-

*fracasos en la sustentabilidad. Al estar confinadas a la expresión de la racionalidad de diseñadores o ejecutores de políticas o programas estas reglas impiden el desarrollo de un concepto de subjetividad más integral y menos inequitativo.*

*Estos aspectos se desarrollan en una investigación orientada a conocer cuál es la percepción que tienen los sujetos sobre la implantación de los programas en lo relativo a la gestión y atención.*

*Como tal analiza contradicciones en la trama discursiva de los distintos sujetos involucrados en los programas. El autor concluye que la sustentabilidad fracasa, entre otros, cuando solo se limita a la racionalidad hegemónica ligada a cuestiones formales que descartan cuestiones vinculares de naturaleza interpersonal constituyentes de prácticas de atención de la salud.*

*Accediendo a múltiples y variadas representaciones que tienen los sujetos intervinientes en los programas se logra acceder al imaginario simbólico social general y a multiplicidad de imaginarios particulares que guardan cierta congruencia con posiciones materiales que asumen los sujetos cuando se relacionan con los programas implantados en dicho Orden Institucional.*

## Abstract

*Within the space of Public Health there intervenes deeply rooted rules that hinder the implantation of*

---

dos distritos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, de los Programas Materno Infantiles que pertenecen al Ministerio de Salud y al Consejo de la Familia y Desarrollo Humano.

2. Sociólogo, dfrankel2000@hotmail.com

3. En él incluimos a todas las disciplinas que participan del sector y que llevan a cabo acciones referidas a la atención de la salud. De todos modos para contextualizar el espacio de la investigación definimos que a pesar de la multiplicidad de disciplinas intervinientes el Modelo Médico es hegemónico en el corpus institucional. Sin embargo al momento de confrontar con saberes y prácticas de los beneficiarios todas las disciplinas se convierten en predominantes.

den Institucional Municipal, cuál es la percepción que tienen los sujetos sobre la implantación de los programas en aspectos ligados con la gestión y atención. Como tal analiza contradicciones en la trama discursiva<sup>11</sup> de los distintos sujetos involucrados en los programas. Concluye que la sustentabilidad fracasa, entre otros, porque ella solo se limita a la racionalidad hegemónica que solo se sostiene en aspectos formales y descarta la expresión subjetiva de las llamadas racionalidades subalternas.

En general el Orden Institucional constituye una “*arena de confrontación*” que involucra también a los programas. Con una mirada hobbesiana la gestión de los programas es vista como una arena “... *de guerra de todos contra todos*” (Isuani, A: 47). *El interés sectorial termina imponiendo sus intereses a través del aparato estatal municipal generando enfrentamientos y “resistencias en los demás lo que torna inviable su consecución”* (ibid: 46).

Dichas reglas encuadran primordialmente al poder médico hegemónico en su conformación de naturaleza política y técnico-profesional. En torno a ellas ocurren confrontaciones, se ocultan distinciones y se incrementan las resistencias al cambio, especialmente por compartir el saber pero también por extender los alcances de la apropiación y transferencia del conocimiento a agentes y beneficiarios de los productos que proporcionan los programas.

En este sentido los programas no logran revertir la institucionalidad preexistente. No hay evidencias, tal como afirma Cunill Grau de que la “*institucionalidad (...) esté caduca*” (Cunill Grau, N: 84). Ella conserva sus potencialidades dominantes. Dado que aún es dominante el viejo modelo las reglas institucionales impiden el desarrollo de otro concepto de subjetividad más integral y menos ligado a una única racionalidad que por ser exclusiva limita la calidad de gestión y atención.

En los espacios internos de las distintas organizaciones —Hospitales,

*mother-child programs. Those rules constitute the Institution Therapeutic Order. Cultural factors not duly approached by the management are related to the deepening of preexisting institution gaps thus fostering a recurrence of inequality coupled to failures when it comes to sustainability. Owing to the fact that those rules are limited to –or by, the expression of the rationality either decision-makers or policy enforcers are supposedly endowed with, the said rules hinder the development of a more integral, much fairer subjectivity concept.*

*Those aspects have been developed in a research work aimed at finding out what is the perception subjects have regarding the implantation of those programs, with reference to both health management and care. So, this paper analyzes the contradictions extant in the discourse-linked intricate working of the different subjects involved in the programs. The author comes to the conclusion that sustainability is in jeopardy when, among other motives, it is confined, so to speak, to the dominant rationality bound to formal issues that disregards linking issues the interpersonal nature of which constitutes the health care practices.*

Centros de Salud, etc.— se dirime la disputa en torno a la búsqueda de hegemonía a través del control del conocimiento por parte de múltiples disciplinas intervinientes; de este modo obtienen primacía las relativas a las actividades curativas por sobre las preventivas o de promoción; de racionalidad hegemónica por sobre racionalidad subalterna.

Aun cuando en estos espacios de enfrentamiento el modelo médico adquiere la posición predominante, se destaca que en un plano externo hay un comportamiento uniforme de todas las disciplinas que participan en el Orden Institucional por *manipular* y *excluir* prácticas colectivas con los beneficiarios. En estos espacios también intervienen las reglas instituidas sosteniendo prácticas que relegan especialmente la participación ciudadana.

Como principio general el supuesto acerca de la desigualdad en la distribución del conocimiento tiene un origen institucional que hemos identificado en la relación terapeuta-paciente. Alcanza a todos los ámbitos de la gestión política, técnica y administrativa del sistema sociosanitario. Por eso al decir que son expulsivas las prácticas relacionadas con los beneficiarios estamos afirmando que ellas se sostienen y transmiten mediante creencias de que el saber científico es superior e incompatible con el popular.

En particular en el nivel municipal la lógica institucional en el sector salud también condiciona dispositivos y modalidades de cómo transmitir información y con quiénes compartir los productos de los programas. Otro de sus efectos es que con la implantación se agudizan y exacerbaban paradojas sectoriales preexistentes. Más que propender a la cooperación se ahonda la fragmentación.

Por ello la sustentabilidad es un planteo más formal que real. Ella constituye un atributo necesario para la etapa de diseño y aprobación de los proyectos pero pierde importancia una vez que el programa se ha ejecutado. Los programas se diluyen en intentos

de cambio sostenidos solo coyunturalmente en cuestiones formales, acciones políticas espectaculares o indicaciones normativas en la gestión como en la atención.

La mirada acerca la sustentabilidad se resiente cuando se advierte que no son tomados en cuenta factores sustantivos, tal como los psicosociales, que al estar ligados con la constitución del vínculo fortalecen calidad en la atención o en la gestión. Si los programas procuraran alguna ruptura en las reglas enraizadas seguramente ayudarían a afianzar lazos sociales, reducirían los riesgos del permanente fracaso y mejorarían indicadores de eficacia y equidad.

Por eso es que un profundo análisis de la implantación de los programas debe incluir la comprensión de dimensiones cualitativas. Ellas pueden dar respuesta a cuestiones sustantivas que expliquen los escasos éxitos obtenidos. La riqueza y profundidad del análisis que se alcanza mediante metodología cualitativa demuestra no solo cómo la racionalidad predominante “*naturaliza*” la reglas enraizadas sino además refleja el escaso interés y aún más el temor que tienen diseñadores y ejecutores locales por enfrentar posiciones críticas al Orden Terapéutico Institucional.

Accediendo a múltiples y variadas representaciones que tienen los sujetos intervinientes en los programas se logra acceder al imaginario simbólico social general y a multiplicidad de imaginarios particulares<sup>III</sup> que guardan cierta congruencia con posiciones materiales que asumen los sujetos cuando se relacionan con los programas implantados en dicho Orden Institucional.

### **Paradojas Institucionales<sup>IV</sup>**

Los datos de la investigación revelan que los individuos sujetos a los programas deben lidiar con las propias paradojas estructurales del modelo instituido. Lejos de problematizar todo es naturalizado según la lógica inherente al sistema.

Colocados en el espacio público los

sujetos se ven enfrentados simultáneamente con el discurso del “*sí puedo*” o “*sí se debe*” con el “*no hay*” o “*está prohibido*”. Encuentran que en el espacio público, si bien hay una pluralidad de perspectivas contradictorias, muchas veces incompatibles entre sí, quedan afuera de toda posible participación en las decisiones que solamente son apropiadas por quienes detentan el poder.

“Un trabajador de la salud debe ser de la comunidad. Yo persona, sin título, ni médico ni enfermero. Cuando se despoja del título, del poder del título, se transforman en personas. ¿Cómo puede atender a la comunidad si no la conoce? ¿Cómo puede empatizar con el Otro? Así la necesidad del Otro no me llega...”. (Enfermera).

El relato anterior remite a la paradoja de la lógica instituida que convierte en añicos la ilusión “de ser”, “de estar o hacer con Otro”<sup>V</sup> y el derecho de definir el propio trayecto en el ciclo de vida del programa. El fracaso por el derecho a participar, de ser escuchado, de acceder a un diálogo más horizontal, más igualitario, *demuestra el vacío institucional existente; también la falta de solidez de cómo se construyen programas y de cuál es el lugar previsto para los sujetos en el espacio local.*

Extendido al análisis político socio-sanitario tomamos en cuenta las palabras de Schnaith respecto al comportamiento paradójico que promueven los programas cuando son implantados en el Orden Institucional local. Frente al cambio “... *en las condiciones de dominio de los contextos*” (Schnaith, N op cit: 48) adquiere, paradójicamente, renovada función la forma de supervivencia institucional sostenida en el control social. Mediante diferentes herramientas de sujeción —v eg: transmisión vertical, apropiación desigual, planificación centralizada, control de la información— se agregan la deformación del sentido de libertad en las organizaciones y el quiebre de ilusiones<sup>VI</sup> por mejorar calidad de atención o condiciones de vida.<sup>VII</sup>

Del mismo modo la historia adquiere también un valor paradójico en la dimensión institucional. Por ejemplo aunque las prácticas cotidianas omitan gestas, desarrollos o valores del pasado, el peso de la historia recae negativamente sobre el presente. Simultáneamente la recuperación de la memoria institucional —desarrollos de programas o de gestiones con amplio apoyo popular, gestas históricas de intendentes preocupados por la salud materno infantil, recuerdos de prácticas participativas exitosas enmarcadas éticamente en la defensa de derechos sociales— convive traumáticamente con el presente. Las realidades municipales demuestran que vaivenes políticos o dimensiones organizacionales terminan confrontando el olvido o el recuerdo con la pobreza moral del presente, con la desvalorización de propias capacidades y una mirada pesimista sobre el futuro.

Las evidencias revelan la existencia de discursos y prácticas paradójicas coexistentes en el mismo escenario de la salud pública, ideas contrastantes siempre ligadas al corpus terapéutico institucional. Metafóricamente son ejemplificados dichos contrastantes en la gestión de los programas materno infantiles: el saber médico adjudica a lo social una parte del problema, pero no le reconoce incumbencia en la práctica de atención; en tanto el discurso social enfrenta paradójicamente esa exclusión: concuerda con la lógica médica en la asistencia pero al mismo tiempo resiste dicha la negación:

>> “A mí me gustaría hacer un trabajo científico que tuviera que ver con la especialidad. ¿Pero tiene que ser necesariamente un trabajo social? ¿No puede ser un trabajo médico?” (Emmanuele, Liborio: 70).

>> La intervención en salud pública se realiza “con pertinacia, obstinadamente, desde el compromiso que nos cabe como profesionales del trabajo social, asistiendo y resistiendo (...)” (Rozas Pagaza: 12).

Los sujetos reconocen y reafirman sus propias necesidades en el escena-

rio de confrontación en que se desenvuelven los programas y las gestiones locales. También identifican impedimentos. Realzan las construcciones colectivas pero al mismo tiempo llevan a cabo prácticas individuales; critican pero al mismo tiempo defienden al pensamiento hegemónico; desconocen sus propias potencialidades pero terminan afianzando sus debilidades; desaffan al pensamiento hegemónico pero al mismo tiempo diluyen sus reivindicaciones; critican la dominación institucional pero no ocupan espacios de poder.

Negar la paradojas es el modo de hacer y concebir la política sociosanitaria predominante en lo local; incluirlas aloja una oportunidad para enfrentar fracasos dado que transparenta intencionalidades encubiertas y contradictorias. Desde el punto de vista del imaginario simbólico-social *las políticas sociosanitarias en el nivel local adquieren un sentido paradójico: oscilan entre afirmaciones y negaciones; entre libertades y manipulaciones; entre dominancia y alteridad, entre autonomía y control; entre temporalidades signadas por irrupciones y re-comenzares, etc. Frecuentemente dejan por fuera de actuación, negando los aspectos más poderosos y sensibles de la condición humana: la conciencia crítica.*<sup>viii</sup> Los sujetos —beneficiarios y agentes del sistema formal— suscriben aunque critican al discurso político oficial; al mismo tiempo que reproducen prácticas hegemónicas inscriben lógicas subalternas que finalmente terminan ocupando posiciones marginales tanto en el interior de las organizaciones sociosanitarias como frente a las estrategias de salud que fijan los programas.

El análisis de los discursos de los sujetos permite revelar que dichas paradojas son sintetizadas en torno al imaginario institucional predominante como racionalidad y posición hegemónica; asimismo diferentes niveles de imaginario social contra-hegemónico son registradas como racionalidades y posiciones subalternas.

## Consideraciones sobre la constitución del vínculo en las prácticas de atención

“Me atendieron mal; en realidad no me atendieron; no me hicieron nada; me dejaron estar; estoy sufriendo a consecuencia de lo que no me quisieron hacer, quedé estéril.

No me operaron; (...) me dijeron: Cuando encuentre cama te llamo. No puedo perder tiempo, yo tengo que trabajar, soy la única que trabajo, mi esposo desocupado y tengo seis chicos... En el Hospital cercano me dijeron: ¡Aquí no hay cama, mejor que vayas a otros lugares! ¿Tengo que hacer quilombo? ¿Por qué se desinteresaron en mí?”

(Paciente)

Los datos de la investigación revelan que la gestión de los programas no puede desconocer el anudamiento o desanudamiento del vínculo condicionado por la posición que ocupan los sujetos frente a los programas.

El problema acerca la constitución del vínculo<sup>ix</sup> es un indicador que revela la inclusión o exclusión al sistema de salud; surge de las reglas de juego que identifican una forma de tomar en cuenta la subjetividad en los programas materno infantiles.

Constituye un indicador crítico en torno al cual se juega la mejoría o el empeoramiento de la calidad de atención; pero frecuentemente no hay consenso sobre el reconocimiento de su relevancia. Por ejemplo para el equipo de salud, en funciones asistenciales no siempre hay unidad de criterios acerca de la relación positiva entre vínculo y calidad de atención.

Del análisis de los datos destacamos las siguientes categorías explicativas:

A. Interpretaciones que enfatizan positivamente el anudamiento del vínculo:

I. Explicaciones que valoran la transmisión como modalidad para mejorar los vínculos. Existen circunstancias en que el equipo de salud destaca que la construcción del lazo social está dada por la posibilidad de comunicarse, de intercambiar mensajes.

> “Una parte del mensaje trata de hacer llegar al Otro. Te resulta útil porque lo vivís como positivo. Lo que yo vivo y siento es más positivo” (Psicóloga).

También la comunicación horizontal es un componente de eficacia curativa. Su concreción puede realizarse mediante la palabra, una mirada, un gesto. Aplicado a los programas y al Orden Institucional sus efectos son mayor igualdad, menor segregación en el intercambio, propensión a la búsqueda de consensos colectivos y objetivos comunes:

> “La construcción colectiva es una *construcción entre iguales*. Cada cual aporta desde su lugar, desde las oportunidades que tuvo. Iguales me refiero a que hay un objetivo en común: Organización popular y Trabajar en los Barrios. *Construir en forma colectiva, donde estemos todos*. Donde la gente cumple un rol importante por ser el destinatario de lo que hacemos (...) Nuestro lugar es como trabajadores de salud; más allá de la profesión cada uno no tiene porque condicionar la actitud (...) y finalmente agrega: *El problema es el Modelo Médico Hegemónico que distancia al profesional*” (Comadre).

II. Explicaciones que aprecian un cambio de posición para facilitar conductas preventivas: Por ejemplo hay quienes desde el equipo de salud consideran que la “*apertura hacia la comunidad*” no se logra si no está habilitada por disposición propia. Ella implica encontrar las vías para favorecer el diálogo, disponer la capacidad de escucha y emparejar códigos comunes en el acto de intercambio. De este modo se garantiza mejor la recepción, comprensión y devolución de los mensajes:

> “Cuando la sala *se abre* a la comunidad, cuando la gente puede venir a hablar y nosotros vamos a la casa de la gente. Eso garantiza la convocatoria” (Asistente Social).

III. Explicaciones sobre incidencia del afecto en la eficacia recuperativa. Algunas razones consideran que el

afecto es una acción terapéutica conformante del acto de salud. Mayoritariamente son expresadas por las beneficiarias para quienes la distancia afectiva es un componente que identifica, por lo general, a los operadores del equipo de salud:

> “La gente se clasifica en categorías: Gente buena: Como la Doctora, que tiene buen corazón (...) que es solidaria; Gente Mala: Cuando uno pide algo y no se lo dan. Es un estado negativo. Es lo que sentimos cuando venimos a la salita” (Trabajadora Vecinal).

> “*La Doctora te toca, se acerca...*” (Trabajadora Vecinal).

IV. Explicaciones sobre el problema de la contención psicosocial.

La contención psicosocial también constituye un factor que concurre conjuntamente en la calidad de atención y en la eficacia terapéutica; su falta conduce a resultados devastadores en la subjetividad.

La investigación revela que los motivos de consulta atribuidos a causas materno infantiles están asociados con demandas atribuidas a problemáticas psicosociales, v eg: violencia, patologías mentales, problemáticas relacionadas con la conformación del lazo social, problemas escolares, etc.; ellas atiborran las unidades asistenciales y exceden las capacidades operativas de los equipos de salud. Distinguimos los siguientes ejemplos:

IV.A. Disposición de equipos político-técnicos por incluir prácticas integrales de atención

> *Búsqueda de contención*: “la palabra cura mucho más; alguien que te escuche; alguien que te acompañe en el dolor” (Secretario de Salud).

> “¿Qué es lo que busca la gente?, ¿qué le pasa a la gente?: la gente está *desmoralizada*, no es tanto lo físico, hay un problema espiritual, es una falta de atención. Alguien que los escuche, piden que se los escuche (...) a veces con las palabras (...) parece que eso fuera todo (...) ¡¡Acá la gente pide que vos no te abras y la escuches!! No es tanto la dolencia (...) Alguien que los escuche (...) No escuchar es como un maltrato...” (Enfermera).

IV.B. Disposición por recuperar cierto nivel de credibilidad con el compromiso personal, confianza y sencillez en el trato con el paciente:

> “Lo fundamental *es tener una línea de posición al lado de la gente*. Tener credibilidad. Que la gente cuente con vos y esté” (Obstétrica).

> *Transmitir Confianza*: “Estar todos los días aquí. Tenemos los mismos criterios para manejar al chico en APS. Brindar al chico lo que necesita: un medicamento o la leche, dar respuesta a la preocupación” (Médico).

> *Ser sencillo*: “Significa ponerse a la par de él (...) ponerse como padre” (Médico).

IV.C. Disposición por recuperar un rol de liderazgo de las organizaciones para convocar a la participación y respetar derechos y particularidades:

> “La gente está siempre, está ahí, participando, si los convocamos vienen” (Asistente Social).

> “(...) *basta con llamar a la participación*, perder el miedo y la gente está aquí” (Asistente Social).

> “A las mujeres, hay que aceptarlas como son (...) ir recuperando los lazos de solidaridad (...) *A veces no está la respuesta que uno quisiera darles*” (Comadre).

B. Interpretaciones que enfatizan consecuencias reactivas:

1. Explicaciones que rechazan incidencia del afecto en la eficacia recuperativa: Cierta acercamiento con el paciente en su dolor, cierta hospitalidad, constituyen presupuestos que no están legitimados por la práctica clínica y por lo tanto reducen los efectos positivos de intervención: por ejemplo para el equipo de salud, en funciones asistenciales no siempre hay unidad de criterios acerca de la relación positiva entre vínculo y calidad de atención.

> “Para nosotros un médico que se involucra o acompaña al paciente es porque en algo falló. La intervención, para ser efectiva, debe ser con la distancia” (Médico, Hospital, área Materno Infantil).

> “¿Qué hacer con *las angustias* de la gente? ¡¡El dolor, el sufrimiento...

miento, es cosa de otros (profesionales)!!! (Médico).

II. El rechazo al vínculo por parte de las beneficiarias es interpretado como falta de interés. Resulta gráfica la siguiente metáfora “... *la violencia angustiante de no me dejan participar, por ejemplo, es transformada en su opuesto: no me interesa participar*” (las cursivas son mías) (Poggiese: 150).

III. Cuando los padecimientos, angustias o situaciones traumáticas limitan posibilidades de comprensión es irremediable el recurso a posiciones hegemónicas por parte de los profesionales:

> “*Uno transmite pero se encuentra con que del otro lado no hay un pensamiento: por ejemplo hay angustia, hay violencia*. Uno le dice: Tu marido te pega desde hace 10 años. Uno le transmite esto pero para ella es natural que le pegue. Uno dice algo distinto que puede interpretarse como algo hegemónico. Lleva un contenido y un mensaje que el otro no lo tiene” (Psicóloga).

IV. La pasividad, el conformismo de las beneficiarias es atribuido al abandono y falta de compromiso de políticos y profesionales:

> “Que nos enseñen, pero no quieren, prometen mucho, los políticos y los doctores, nosotros queremos ayudar. Nos reúnen, dicen algunas palabras y después no vuelven más” (Beneficiaria).

V. Los problemas —v eg: negativismo, impotencia, irritabilidad, angustia, preocupación, rabia y cólera— que traen las beneficiarias subvierte prácticas de calidad en la atención:

> “No es que no sepamos que hacer; no hay nada para hacer con ellos” (Médico).

> “Hay que bancarlos; vienen malhumorados, prepotentes, olorosos (...)” (Médica).

C. Interpretaciones que expresan padecimientos colectivos.

I. El rechazo manifiesto por parte de los profesionales constituye una queja generalizada que formulan Trabajadoras Vecinales y Comadres: “¡Salvo excepciones no hay buena

atención. Los problemas son la mala atención!”. La distancia personal es interpretada como conducta generalizable a todo el equipo de salud:

> Comadre (1):

“A veces me quiero poner en el lugar del Otro. Probarme (...) Me pregunto: La gente mala, la de la salita ¿por qué nos atienden mal? ¿Por qué no nos quieren? ¿Para qué estudiaron? No tienen un lugar para el amor”.

> Comadre (2):

“La gente asume con resignación que la excluyan. Cuántas veces la gente no consigue recursos, camas, etc.”.

> Trabajadora Vecinal (1):

“Un médico que tiene buen corazón divulga mensajes que el otro puede escuchar. Por ejemplo: «Mauro tiene fiebre» Pues entonces hacele vapores, ponele un poco de alcohol boricado, etc.”.

> Trabajadora Vecinal (2):

“(...) de la gente mala no se puede esperar nada; solo rechazo y bronca”.

> Beneficiaria (1):

“Otros médicos atienden a distancia: ¡Cuando mi hijo estaba enfermo, el pediatra *no lo tocaba*, le decía de lejos abrí la boca! y lo miraba de lejos! (...)”.

> Beneficiaria (2):

“Otra vez mi hijo estaba muy mal. Cuando llegué a la sala era de madrugada. El apenas podía respirar. El médico me miró muy enojado y me dijo: «A vos te parece que estas son horas de venir». Le contesté: «Ud. cree que lo estoy molestando...»”.

D. Interpretaciones que relacionan el problema vincular con la violencia:

I. Advertencias sobre la violencia que ejerce el equipo de salud cuando son desconocidos limitaciones y propios padecimientos:

> “*La violencia de los profesionales, el mal trato* tiene que ver con las propias dificultades del equipo de salud por registrar que hay otro que es un sujeto. El pasaje de objeto, externo, manipulable que es el paciente forma parte de una brecha infranqueable para la mayoría de quienes ejercen alguna práctica en salud. En definitiva porque responde a la lógica del modelo” (Asistente Social).



II. Los profesionales adjudican los malos tratos a la decadencia moral e institucional de la Salud Pública. Se escuchan decires tales como “ahora terminamos siendo un rejunte”, “pobre Salud Pública” o “esta es la peor etapa de la Historia Institucional de la Salud”.

Como contrapartida son frecuentes las apelaciones al pasado que rememoran la integración con el lazo social: “presencia de Atención Primaria de Salud”; “recuerdos de Asambleas Comunitarias”, “participación en diagnósticos participativos”, “reafirmación de propuestas éticas de defensa de derechos y valores”, etc.

## Algunas conclusiones. Las paradojas políticas de la confrontación en los programas materno infantiles

La actividad política es la estrategia que también juega paradójicamente en todo el Orden Institucional. Consensos y disensos “acerca de cuestiones centrales de tipo normativo o de contenidos teórico-metodológicos... generan un alto nivel de actividad política” (Iacovello: 5). Dado el entorno politizado y la multiplicidad de intereses antagonicos confluyentes entre políticos, beneficiarios y equipos técnicos, las decisiones de cómo encarar los procesos de gestión y atención de la salud no deberían desconocer el “poder relativo de los participantes en el juego político” (ibid: 1).

La presencia simultánea y desarticulada de programas materno infantiles, dados sus diferentes criterios políticos e ideológicos, complejizan el nivel de antagonismo, intensifican el perfil político de la administración municipal<sup>x</sup> y al mismo tiempo colapsan su capacidad de gestión. Al mismo tiempo que se destaca mayor penetración de nuevos grupos sociales en las estructuras burocráticas se incrementan las debilidades de respuesta frente a crecientes necesidades; la presencia de la mujer —a través de trabajadoras ve-

cinales y comadres— en los ámbitos de gestión produce un incremento “... del personal en funciones políticas...” (en Orlansky, D, 1997: 627); como respuesta surge la necesidad de limitar su incorporación en el sistema formal.

También se aceleran las confrontaciones entre tipos de práctica; en la “*arena pública*” se enfrentan el clientelismo patrimonialista con enclaves progresistas ligados a propuestas innovadoras e integrales. En estos modelos se contraponen ideas acerca de lo político y paralelamente del perfil de sujeto que pretenden modelar; sus concepciones acerca de la ética, sus posiciones con respecto a la autonomía y heteronomía, criterios acerca de la crítica, los actos de libertad e igualdad, las formas de integración y participación.

Al generar expectativas sobre los espacios de participación también se complejiza el proceso de adquisición de derechos. La puja por el alcance masivo de participación vinculado al protagonismo de la mujer en los programas materno infantiles también genera paradojas. Por ejemplo en la historia de la Provincia de Buenos Aires se inaugura una etapa inédita por la masividad del protagonismo femenino; pero produce como efecto no deseado reacomodamientos y desplazamientos que en el nivel político partidario y en la gestión de salud confluyen en la recomposición de liderazgos barriales y en la reproducción de la exclusión.

Los efectos de estas contradicciones tienen efectos políticos. Dada la incapacidad de resolverlas se reproduce la “... parcelación y la creación de redes particularísticas interburocráticas de concentración hegemónica de poder personal (*o sectorial*)”.<sup>4</sup> (ibid: 628); de este modo los programas también intervienen en la segmentación de poder.

Los conflictos en el esquema de poder demuestran la incapacidad del sistema político y burocrático de generar mayor grado de contención. La espectacularidad del discurso político se desvanece:

> “En el año ‘97 un alto funcionario dijo en Mar del Plata: ¡El centro

4. Los paréntesis son míos.

de salud es de Ustedes! Entonces qué hacer (...) Planteamos mucho laburo (...) gran laburo para todos y por todos lados (...) A los quince días ya no vino más nadie (...)” (Médico).

Ante esta masiva convocatoria el poder local convierte rápidamente en masiva la expulsión; los niveles de confrontación políticos (partidarios y burocráticos) coartan la ilusión de las beneficiarias por participar más activamente de la gestión.

Las demandas por incrementar la participación política de las beneficiarias, los discursos espectaculares, las presiones por excluir a los beneficiarios del aparato político y administrativo, las contradicciones entre lógicas programáticas distintas, constituyen obstáculos que incrementan el estado de confrontación y de anarquía.

Entre otras consecuencias, también se destacan:

\* Negatividad por parte de los líderes políticos locales de delegar en una conducción colectiva las acciones materno infantiles.

\* Limitantes del alcance de la transmisión del conocimiento y apropiación colectiva: la capacidad relativa de apropiación está asociada a la búsqueda de los mayores réditos políticos. En este sentido la preocupación por la salud materno-infantil adquiere un lugar secundario en la arqueología del imaginario político oficial. El escenario sociosanitario remite a un orden anárquico entre alianzas que adhieren y otras que confrontan en el mismo espacio territorial. Los agentes que participan de este proceso están desbordados por directivas centrales y locales contradictorias que constriñen un criterio uniforme para abordar prácticas.

## **Enfrentamiento a los condicionantes de la transferencia y apropiación: la construcción del vínculo**

Excepto para la racionalidad predominante manifestada por el discurso po-

lítico o normativo, cuando los sujetos hablan sobre la accesibilidad a la atención de la salud la connotación es generalmente negativa. Los beneficiarios al cuestionar la calidad de atención que reciben atribuyen su empeoramiento a factores ligados con prácticas de segregación, maltrato y violencia por parte del equipo de salud.

Por ello para comprender el problema de accesibilidad destacamos que el vínculo interpersonal constituye un indicador cualitativo confiable que interviene en la prestación. El equipo de salud atribuye al: *“retorno de los pacientes a la consulta médica”*, un indicador que revela la relación entre disposición positiva del terapeuta y satisfacción por la prestación por el beneficiario.

De este modo cuando la relación es positiva la accesibilidad es relevante. Son frecuentes los siguientes relatos:

> “Los pacientes vuelven, me traen fotitos, o vienen al control con su libretita...” (Obstétrica).

> “Para mí es fundamental concientizar acerca del control del embarazo. Me ha pasado que la paciente vuelve” (Médico).

> “Al año vuelve con la Libreta Sanitaria (...) La satisfacción es que vuelve con la Libreta Sanitaria. Vuelve concientizada al control” (Obstétrica).

Este indicador está siempre presente en la prestación de servicios en salud. Se renueva con la presencia de los programas. Aún más, los programas constituyen una ventana de oportunidad para reforzar los lazos de solidaridad y la cooperación. Se generan las posibilidades para el *compromiso personal, el involucramiento; para estrechar lazos entre el equipo de salud y el paciente o beneficiario. Se espera que mediante transmisión adecuada la apropiación devenga en cuidado de la salud de la madre y el niño.*

La relevancia de este indicador ofrece efectos múltiples :

A. Renueva la disposición del agente de salud por facilitar la apropiación: Sus mensajes, verbales, gestuales habilitan la escucha y la palabra del Otro:

> “¿Como se llega a la apropiación?: *Escuchando* al otro, registrándolo, dándole la palabra (...) En la transmisión influye el deseo, dar la palabra es *otorgarla*” (Psicóloga).

B. Incluye un concepto de prevención: Aunque el discurso oficial reconoce la importancia de la prevención como práctica de desarrollo comunitario concretamente ella es opuesta con la atención médico asistencial.

En las actividades comunitarias las conductas preventivas valorizan la capacidad del vínculo, dado que comprometen intercambios interpersonales y prácticas más horizontales de transmisión del conocimiento y distribución del saber.

En estas prácticas se juegan posiciones que conforman acciones de articulación e intercambio<sup>xii</sup> en el proceso de salud-enfermedad. Así el sujeto que interpela, el profesional, participa de una relación diferente con el beneficiario, habilitando la escucha y el intercambio con el Otro.

En estas prácticas los equipos operativos ya no se limitan a poner en juego, tal como plantea Besse<sup>xiii</sup> sus semblantes profesionales solo como forma de poder o manipulación. Aquí el saber juega como posibilidad de cambio; la eficacia en las prácticas deviene a mejor accesibilidad.

La prevención se transforma en posición y disposición, de construcción entre semblantes y saberes contrastantes complementarios pero también construye una lógica colectiva y participativa de gestión. En el escenario local confrontan, construyen y confluyen nuevas regiones del saber y del poder.

> “Cuando vamos al barrio, hay otro *feeling* con el paciente. Cuando no tenés *feeling*, hay un trato mediano (...) a veces las condiciones no se dan por equis motivo” (Obstétrica).

> “Sabés una cosa. Lo difícil de todo esto es darse cuenta de que el otro cuenta. Cuando me siento con las mamás las miro y me pregunto: ¿Qué es lo que pueden dar de verdad? Porque la verdad es que siempre termino

hablando, enseñando, diciéndoles qué y cómo hacer (...)” (Asistente Social).

> “A mí no me gusta ir al barrio. No sé qué hacer allí. A mí me enseñaron a atender, a mí me gusta atender. ¡Por eso me quedo en el Hospital!” (Psicólogo, Residente).

> “Los profesionales, los técnicos no podemos esperar. Siempre tenemos la respuesta para dar. Cuando ella no está la inventamos o la buscamos. Pero nunca aceptamos la que viene de ellos (los pacientes, o beneficiarios). ¡Para quedar bien decimos que sí pero en definitiva esto es un verso!” (Médico, ex funcionario).

> “Cuando hay un verdadero compromiso con el barrio, allí estamos... somos pocos porque hay que creer en todo esto. Pero te juro que es hermoso cuando tomamos mate y planificamos o evaluamos. Pero ¡ojo, no idealices! La gente, María o Paula o Ester, ellas aportan una parte, en general lo que no podemos ver ni entender. El resto lo brindamos nosotros” (Operadora Comunitaria Programa Materno Infantil).

C. Expresa la posibilidad de jugar e incluir la noción de retribución como aspecto de la transferencia: Por eso contribuye con la transmisión fortaleciendo el lazo social. La comunicación interpersonal interviene favoreciendo rituales de intercambio entre dones, favores y recepciones. De este motivo el acto terapéutico recibe como contraparte: una acción positiva (volver, traer, escuchar, devolver, etc.) y una disposición (valoración, satisfacción, cumplimiento, etc.).

> “Yo trato de hablar mucho con ellos (...) De repente, para que entren en confianza, pregunto «¿de qué trabaja tu marido? ¡Es sodero! ¡Uh, qué bueno! Entonces voy a tener quien me lleve soda a casa... ¡Es una forma de *retribuir* con el control del embarazo!» Entré por esta variante (...)” (Obstétrica).

> “Ellas no saben cómo retribuir, claro, pero tenés que saber mirarlas, a veces solo escucharlas (...) Tengo recuerdos hermosos y otros muy

dolorosos. Vienen y me invitan a estar en el barrio, me traen tortitas o lo que pueden (...) Lo que no tienen, y cuando no tienen, que es la mayoría de las veces me dicen y con lágrimas: «¡Doctora no comemos desde hace días!» ¡Lloramos juntas y nos abrazamos! (...)» (Médica).

En las prácticas de intercambio interpersonal se refuerza la consolidación del vínculo dado que se trata de un proceso de construcción de posiciones y disposiciones entre sujetos dadores y receptores de significaciones y conocimientos; en ellas se encuentran y confrontan racionalidades e imaginarios. En estas prácticas se habilita la *transmisión del conocimiento como instrumento para la apropiación colectiva*.

El punto de vista que habilita la inclusión de la significación de los sujetos en las prácticas de atención fortalece las capacidades para afirmar la sustentabilidad.<sup>xiii</sup> Pero también revela que el cuidado de la salud adquiere una perspectiva interactiva y contradictoria al tiempo que enfrenta facilitadores y condicionantes. El proceso no es lineal; el intercambio interpersonal es mediación y disposición dialógica pero no puede evitar ni escapar al control social ni a prácticas de segregación.

## Bibliografía

1. Barcena, F; Melich JC: *La educación como acontecimiento ético. Natalidad, Narración y Hospitalidad*, Paidós, Barcelona, 2000.
2. Besse J: "Tres conceptos para los dilemas de Jano. El semblante, la posición y la disposición del investigador en la práctica de evaluación de impacto de políticas mediante estrategias cualitativas"; en Escolar C (comp): *Topografías de la Investigación, Métodos, Espacios y Prácticas Profesionales*, Cap V, EUDEBA, Buenos Aires, 2000, pp 71-112.
3. Bourdieu, P (1993). *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona.
4. Castoriadis, C (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*, Tusquets, Barcelona.
5. Certeau, Michel de (1996) *La Invencción de lo cotidiano 1 Artes de Hacer, El Oficio de la Historia*, Universidad Iberoamericana, De-

partamento de Historia, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, Universidad Iberoamericana, México.

6. Clavreul, J (1983). *El Orden Médico*, Argot, Barcelona.

7. Cunill Grau, N (1999). "La reinvencción de los servicios sociales en América Latina, Algunas lecciones de la experiencia" en *Reforma y Democracia, Revista del CLAD*, febrero 1999, N° 13, pp 53-98.

8. Emmanuele E; Liborio M (1996). *Paradojas del Discurso Médico. Perspectivas de Intervención desde la Epidemiología Social*, Organización Panamericana de la Salud, Ed. Fundación Ross, Buenos Aires.

9. Fernández AM (1993). "Introducción"; en Fernández AM (comp): *Las Mujeres en la Imagenación colectiva, Una historia de discriminación y resistencias*, Paidós, Buenos Aires, pp 11-23.

10. Iacovello, M (1996). "El Juego político y las estrategias de recursos humanos en las organizaciones públicas"; *Cuadernos de Investigación* N° 4, AAG-CEPAS, Buenos Aires, pp 1-30.

11. Isuani, A (1999). "Anomia social y anemia estatal. Sobre integración social en la Argentina"; en D Filmus (comp), *Los Noventa. Política, Sociedad y Cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo*, Flacso-Eudeba, Buenos Aires, pp 25-51.

12. Masía Clavel, J et al. (1998). *Lecturas de Paul Ricoeur*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

13. Ministerio de Salud (1995). *Plan Quinquenal de Salud 1995-2000*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.

14. Orlansky, D (1997). "Reforma del Estado, reestructuración laboral y reconversión sindical, Argentina 1989-1995"; en *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, vol XV, N° 45, setiembre-diciembre, México, pp 623-638.

15. Orlansky, D. "El Estado en Transición 1989-1995: El nuevo Empleador" en Canton, D; Jorrat JR (comps): *La investigación social hoy*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Oficina de Publicaciones del CBC; Universidad de Buenos Aires, pp 198-202.

16. Poggiese H et al. (1999). "El papel de las redes en el desarrollo local como prácticas asociadas entre Estado y Sociedad"; en D Filmus (comp): *Los Noventa. Política, Sociedad y Cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo*, Flacso-Eudeba, Buenos Aires, pp 151-176.

17. Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano (1995). "Programa Vida Red de Solidaridad Social"; en *Consortio de Desarrollo del Sudoeste Bonaerense, Planes y Objetivos del Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, Cuarto Encuentro de Gerenciamiento Social*, La Plata.

18. Rozas Pagaza M et al. (2000). *Trabajo Social y Compromiso Ético, Asistencia o Resistencia*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

19. Schnaith, N (1999). *Paradojas de la representación, Línea de Fractura*. Café Central, Barcelona.

20. Testa, M (1997). *Saber en Salud. La Construcción del Conocimiento*, Ed Lugar, Buenos Aires.

21. Watzlawick, P et al. (1986). *Teoría de la Comunicación Humana*, Ed Herder, Barcelona.

## Notas

<sup>1</sup>. *La Conformación del área Materno Infantil en la Provincia de Buenos Aires*

Confluyen tres programas que actúan simultáneamente sobre la misma población objetivo. Desde el Ministerio de Salud el Programa Materno Infantil (PMI) y el PROMIN (con financiación del Banco Mundial), intervienen focalizadamente en población de niños de 0 a 5 años y embarazadas y mujeres en edad fértil pertenecientes a los sectores pobres estructurales. Sus objetivos son mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud, conformación de redes entre los diferentes servicios de salud y entre estos con otros sectores y actores sociales (cf. Ministerio de Salud).

Por su parte el programa VIDA está implementado por el Consejo Provincial de la Mujer. Se trata de un programa también focalizado cuyos propósitos son el fortalecimiento nutricional a través de la dación de alimentos en áreas de mayor concentración de hogares en situación de pobreza. Todas las acciones y modalidades de gestión que el programa adopta a nivel comunitario están a cargo de mujeres: trabajadoras vecinales y comadres. En la actualidad se desempeñan en tal carácter 7.747 comadres y 30.000 Trabajadoras Vecinales (cf. Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano).

<sup>2</sup>. La investigación de referencia toma en cuenta la siguiente trama discursiva:

*Discurso Operativo:*

Conforma la racionalidad hegemónica directamente vinculada con las prácticas de atención. Los sujetos de enunciación son primordialmen-

te quienes forman parte del equipo de salud en funciones de atención terapéutica. El perfil de los informantes está formado por los siguientes expertos: médico, psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, enfermeros, obstetras, personal de apoyo administrativo.

Sin embargo en relación con las prácticas de gestión se identifica con cierta racionalidad contra-hegemónica, subalterna, toda vez que los agentes son excluidos de prácticas participativas que ocurren al interior de las organizaciones de salud.

*Discurso Normativo:*

Conforma la racionalidad hegemónica directamente vinculada con las prácticas formales de gestión. Los sujetos de enunciación, primordialmente coordinadores de programas manifiestan generalmente una racionalidad positiva que expresa, además, el margen de tolerancia institucional por absorber nuevos cambios normativos.

*Discurso de los Beneficiarios:*

Conforma la racionalidad subalterna formulada por las beneficiarias y pacientes de los Programas Materno Infantiles. Se destacan: Trabajadoras Vecinales y Comadres del Plan VIDA y mujeres que consultan a los servicios de atención materno infantiles en Centros de Salud y Hospitales.

*Discurso Político Oficial:*

Conforma también la racionalidad hegemónica. Esta manifestación discursiva representa a la posición hegemónica predominantemente médica que enmarca la política sociosanitaria en el nivel local. Se trata de los sujetos que enuncian la política oficial; en el rango de funcionarios se destacan Secretarios y Subsecretarios de Salud de los dos Municipios, Directores de Hospitales y de Centros de Salud.

<sup>3</sup>. El imaginario simbólico-social es un conjunto de significaciones que representan lo real aunque sin corresponderlo; implica lo que es "indispensable para pensarlo o para perpetuarlo" (Castoriadis: 221); remite "a capacidad imaginante o creación incesante (...) de significaciones colectivas" (Fernández, AM, Introducción: 17). Los elementos básicos de la constitución imaginaria son los símbolos "(...) de cuya constitución el imaginario no puede separarse, ni aislarse" (Castoriadis op cit: 225).

Se trata de una construcción subjetiva que permite comprender cómo es interpretado el Orden Institucional. Bourdieu interpreta que los sujetos atribuyen al mundo de lo real, objetivo, sus particulares significaciones que adquieren legi-

timidad a través de lo simbólico. Las relaciones objetivas de la vida política y social constituyen espacios de lucha individual y colectiva que se reproducen en el espacio de lo simbólico. “En la lucha simbólica por la producción del sentido común o más precisamente, por el monopolio de la dominación legítima, los agentes empeñan el capital simbólico que adquirieron en las luchas anteriores (...)” (Bourdieu, 1993: 138). Interpretamos que en el Orden Terapéutico Institucional hay un imaginario predominante configurado en el saber médico. El saber, constituido como formato simbólico, adquiere el punto de vista oficial en el orden institucional en salud, y por lo tanto, casi divino: “El médico es como Dios” (Médico). Tal como plantea Clavreul “(...) el nivel de autoridad que concierne a la práctica médica o la construcción de la enfermedad como objeto, responde a un imaginario que es la fabricación histórica de la necesidad de dominación y de control” (Clavreul: 294). Por lo tanto al “imaginario social pertenecerían las significaciones imaginarias que consolidan lo instituido y en tanto tal anudan los deseos al poder (...)” (c/ ref Mari en Fernández, 1993: 73). A pesar de la preponderancia del imaginario médico en el espacio institucional también existe cierta autonomía relativa de la subjetividad, cierto margen de libertad de expresión que se manifiesta a través de distintos tipos de racionalidad ligados a posiciones —predominantes o subalternas— que ocupan los sujetos en dicho Orden Institucional. Vid nota anterior.

iv. Nuestra interpretación es que la paradoja surge de una contradicción entre puntos de vista, un dilema sin solución. Su origen no es solo un dilema lógico —sintetizado en la frase “Ahora miento. Si miento digo la verdad. Pero si digo la verdad, miento” (Schnaith: 22)— ni tampoco relacional. “La paradoja puede definirse como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes” (Watzlawick: 174).

En el Orden Terapéutico Institucional, de confrontación entre intereses materiales y simbólicos, entre la posición hegemónica y la subalternas, las paradojas constituyen puntos de vista divergentes que influyen, entre otros, en la calidad de atención:

\* “no aceptar la mala calidad en la atención, pero controlar a quienes se involucran afectivamente con el paciente” (enfermera).

\* “utilizar mayor tiempo en la atención, extremando capacidades diagnósticas y

de calidad (médico) y ser criticados por no trabajar —según códigos establecidos—” (Director de Unidad Sanitaria).

\* “quien atiende bien es mal visto; si lleva más tiempo en la atención no llega con los números esperados de producción. Se identifica la buena atención con pérdida de tiempo” (Unidad Sanitaria y Hospital).

\* “se promueven espacios para la discusión de propuestas pero los agentes terminan haciendo el propio proyecto a escondidas”.

El hallazgo de paradojas ha sido siempre sinónimo de escándalo, obstáculo, tropiezo, trampa. Por ejemplo decir que la capacidad de coordinación o de conducción de programas se fortalece con la autonomía y participación, constituye una contradicción por cuanto en la práctica el nivel político oficial es expulsivo.

Para Winicott la paradoja se inscribe como un concepto transicional; sugiere un puente entre la ilusión y la realidad, entre el adentro y el afuera, entre el sujeto y el objeto. El valor del espacio de intermediación, real o imaginario, con un nivel “meta” es que en su alrededor se juegan “las condiciones de posibilidad ‘favorables o desfavorables’ de la experiencia cultural, una vez producida la efectiva separación entre la realidad interna y la externa” (Schnaith N: 30). Según Winicott es posible *pensar que las paradojas sean aceptadas, toleradas y admitidas de su no resolución*.

Las condiciones de posibilidad para el desarrollo de cuestionamientos críticos se dan, entre algunos, en los espacios de encuentros interpersonales —v eg capacitación en servicio, de planificación y ejecución participativa dialógicos—. En estos espacios se promueven técnicas participativas que ayudan a resolver y enfrentar los condicionantes que promueven las situaciones paradójales.

v. Desde una perspectiva interpersonal “el reconocimiento del rostro del Otro constituye un verdadero punto de partida. El Otro es mi semejante, semejante en la alteridad como en la similitud” (Masía Clavel et al: 85).

vi. “La nueva situación del poder y del saber (...) conduce a una opción existencial, moral y política (...) o bien el sujeto y la sociedad son capaces de soportar lo *paradójico e indecible* (...) o bien dimiten, se encomiendan a falsas seguridades remitiendo la indeterminación de todo fundamento último a determinantes espurios, a cualquier poder imaginario que se presente (...); la condición humana misma exige conjugar la

unidad con la pluralidad, sostener las demandas contradictorias de la razón y la pasión, crear sentido en medio de la sinrazón, convivir con la muerte” (Schnaith, N op cit: 390-391). Esta sinrazón dominante, continúa construyendo fetiches con poderes imaginarios y creando falsas expectativas con el único propósito de evitar su caída. La pregunta que nos hacemos con la afirmación anterior es ¿cuánto soportan los sujetos las paradojas de la sinrazón? O ¿cuáles deben ser las condiciones de posibilidad para enfrentarlas?

vii. Esta lógica es extensiva para cualquiera de las etapas del ciclo de vida de los programas; es decir desde la constitución de la línea de base hasta su finalización. Advertimos que en la línea de base confluyen dimensiones cualitativo-cuantitativas. De este modo se incluye la noción del imaginario simbólico colectivo en la línea de base original. Ella estaría configurada por las representaciones singulares que tienen todos los sujetos cuando se inician los programas.

viii. Conciencia crítica es definida como problematización de la realidad, de análisis en su contradictoriedad y conflictividad y propuesta de soluciones. El punto de vista crítico surge de la función de negación que “... tiene manifestaciones epistemológicas y metodológicas; en primer lugar como crítica de la realidad, consolidada mediante la lógica y el método dialécticos, pero también en el criterio demarcativo de la falsabilidad popperiana (la validez de una afirmación en tanto no se consiga demostrar su

falsedad) y, también con una expresión metodológica que es la hipótesis de la nulidad estadística” (Testa: 104).

ix. Incluye una amplia variedad de relaciones en los que intervienen el afecto, calidez, alojamiento y hospitalidad como también padecimientos, rechazo, maltrato, violencia.

x. Ahora ya no se limita la definición de políticas a los altos funcionarios de las Secretarías de Salud. El modelo weberiano que colocaba al ideal de organización en la distinción entre políticos y burócratas se ha oscurecido en el nivel local: “(...) la división entre cuestiones políticas y técnicas se desdibuja. Hay funcionarios de carrera que participan del diseño de políticas organizacionales y viceversa hay funcionarios políticos que desarrollan actividades de administración. Esta situación genera mayor politización en toda la organización” (Iacovello, M, op cit: 3). El desplazamiento de las fronteras entre gestión y política ha llevado a considerar también al aparato “administrativo como ámbito de elaboración y transmisión de políticas. También en el Estado en Transición Orlandsky: 195 plantea que la “reconversión del modelo burocrático weberiano” lleva a que la Administración Pública Nacional cambie su naturaleza sociopolítica.

xi. Recuperamos el planteo teórico de Certeau, M: 138, respecto a las localizaciones espaciales y regiones como espacios de articulaciones.

xii. C/ ref Besse J: 2000.

xiii. C/ ref a Barcena, F; Melich JC, 2000.