

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Pablo Javier Reyes

14pabloreyes2006@gmail.com

Cartografía de procesos de trabajo en centros de salud de la Ciudad de Trenque Lauquen

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Jorge Arakaki

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173281>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Reyes, P. J. (2015). *Cartografía de procesos de trabajo en centros de salud de la Ciudad de Trenque Lauquen* (Tesis de Maestría).

Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Reyes_P_Cartografia_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11ª COHORTE / 2008 - 2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

CARTOGRAFÍA DE PROCESOS DE TRABAJO EN CENTROS DE SALUD DE LA
CIUDAD DE TRENQUE LAUQUEN

(Volúmen 1)

MAESTRANDO

Médico. Especialista en Medicina General Integral

Reyes, Pablo Javier

DIRECTOR DE TESIS

Mg. Arakaki, Jorge

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11ª COHORTE / 2008 - 2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

CARTOGRAFÍA DE PROCESOS DE TRABAJO EN CENTROS DE SALUD DE LA
CIUDAD DE TRENQUE LAUQUEN

MAESTRANDO

Médico. Especialista en Medicina General Integral

Reyes, Pablo Javier

DIRECTOR DE TESIS

Mg. Arakaki, Jorge

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Leonardo Federico

Dra. Anahí Sy

Mgr. José Luis Aguirre

FECHA DE APROBACIÓN

24/11/2015

CALIFICACIÓN

8 (ocho)

Al Dr. Carlos Pacheco,
Memorable luchador por la “salud para todos”.
¡Gracias, maestro!

AGRADECIMIENTOS

A mi amor Cristina, quien nunca dejó de dejarme hacer; a mis padres, Haydeé y Yoni, quienes me acompañaron y me agenciaron de alegría siempre, estimulándome. Al Director Jorge Arakaki, que siempre construyó, aún sin decirme que estaba lejísimo de llegar, cuando creí estar ahí, y cuando creí que no podría hacerlo. A mis entrañables amigos Jorge y Sebastián. A los “dos mosqueteros”, Leonardo y Daniel, compañeros de utopías y vinos tintos. A todos los seres generosos que me ayudaron con el trabajo de investigación: muchos. A todos los que luchan por la “salud para todos” en nuestro ecosistema.

¡Oíd, mortales!, el grito sagrado:
¡Libertad!, ¡libertad!, ¡libertad!
Oíd el ruido de rotas cadenas [...]

Lopez y Planes. Himno Nacional Argentino (1)

RESUMEN

Aun cuando buena parte de los trabajadores de los CAPS han sido protagonistas de procesos de trabajo más integrales, actualmente se percibe un cuidado con rasgos del modelo biomédico de la salud: las acciones están dirigidas a problemas biológicos específicos; tiene una marcada división disciplinar del trabajo, con un relativo aislamiento entre trabajadores; y tensión no productiva en el ambiente laboral. Esto tiene repercusiones: sobre las necesidades de los usuarios; sobre la eficacia de los CAPS con los problemas; y sobre los trabajadores, que se encuentran sin espacios colectivos que amplíen su capacidad de intervención sobre el trabajo. Con los referenciales teóricos y empíricos de Merhy y Franco en Brasil, se parte del supuesto que hay una producción micropolítica del cuidado, tal como lo proponen Deleuze y Guattari en 'rizoma'. Los sujetos se conectan entre sí y con el mundo a través de flujos de intensidades y afectos en una configuración cambiante que produce las modalidades del trabajo, y que retornan a ellos como subjetivaciones, constituyendo los territorios existenciales desde donde los trabajadores significan y operan su trabajo, con gran autogobierno. Mediante encuentros participativos se investigaron las prácticas del cuidado, la micropolítica inscrita en ellas, y sus contribuciones a las necesidades de salud. La cartografía fue la forma constructiva de investigar e intervenir autoanalíticamente, buscando contribuir al desarrollo de una organización y de una praxis centrada en las necesidades del usuario. El perfil cuidador fue biomédico y responsabilizado con el cuerpo anátomo-clínico; los usuarios fueron resignificados a distintos objetos pasivos del procesamiento institucional; la organización estuvo centrada en circuitos de información económica; las capturas principales del trabajo fueron administrativas y de la razón instrumental institucional; prevalecieron las relaciones con ejercicios de 'poder sobre' el otro; se encontraron relaciones muy conflictivas en el trabajo y aislamiento entre los trabajadores con desvalorización del trabajo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVES: rizoma; trabajo vivo en acto; centro de atención primaria de la salud; cartografía

SUMMARY

Even when a great part of healthy workers has protagonized more integral health works, actually care is perceived with features of the biomedical healthy model: actions are aimed at solving specific biological problems; with a remarkable disciplinarian division about this work, there is also a relative isolation between workers and a nonproductive stress in the working environment. This fact has repercussions: on CAPS's efficacy facing the needs and problems of users and on the workers, who hasn't got collective spaces that increase the analysis capacities and the influence on the work. There are theoretic and research references made by Merhy and Franco in Brazil as the initial point we have to take into account: the assumption that there is a micropolitic social reality, such as the proposals of Deleuze and Guattari in 'rizoma'. The subjects are connected between them and with the world, through flows of intensities and affections in a changing setting; this produces working arrangement and return to them as subjectivations, constituting the existential territories where workers mean and operate on their work with great self-government. During these participatory meetings, the practice care, their micropolitics and their contributions to the needs of health were studied. The cartography was the constructive way to research and intervene in an autoanalytical way, looking for contributes to the development of an organization and praxis centralized on the user needs. The profile of careful worker was biomedical and responsible with the anatomic clinic body; the users were resignificated as different passive objects of the institutional processing; the organizations was centralized in economical information circuits; the main captions about work were administrative and of institutional instrumental reason; the exercise of power over the other's relationships prevailed; conflictive relations on the work were found; there was isolation between workers reducing the value of interdisciplinary work.

PALABRAS CLAVES: rhizome; trabajo vivo en acto; center de attention primary care; cartography.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma resumen.	105
Figura 2. La red de petición y responsabilidades. Primer taller grupal. 24 de octubre de 2014.	156
Figura 3. Flujograma analizador 1. Un caso de control de niño sano en un usuario “en tránsito”.	236
Figura 4. Flujograma analizador 2. Un caso de adulto mayor con dificultades de auto valencia, al cual se le propone como única opción su geriatrización.	238

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Número de consultas por niveles de atención y su distribución anual en el período 2007 – 2010. Ciudad de cabecera.	24
Tabla 2. Matriz de análisis. La unidad de análisis y sus variables.	93

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CAPS	Centro De Atención Primaria de la Salud.
APS	Atención Primaria de la Salud.
DSC	Dirección de Salud Comunitaria.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
FPV	Frente para la Victoria.
MSN	Ministerio de Salud de la Nación.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OSMU	Obra Social Municipal.
PMC	Programa Nacional de Médicos Comunitarios.
PN	Plan Nacer.
PROSANE	Programa de Sanidad Escolar.
PRAM	Programa Recreativo para Adultos Mayores.
PSEA	Procesos de salud/enfermedad/atención.
TM	Trabajo muerto.
TV	Trabajo vivo.
TVA	Trabajo Vivo en Acto.
Unicef	United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia).
SDH	Secretaría de Desarrollo Humano.
U.A	Unidad de análisis.
UNLa	Universidad Nacional de Lanús.
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.	16
2. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO.	21
2.1 <i>La apuesta en salud.</i>	21
2.2 <i>El contexto subjetivante general.</i>	24
2.3 <i>El contexto subjetivante local.</i>	28
2.4 <i>Las implicaciones del investigador.</i>	33
2.5 <i>La investigación viva en acto.</i>	34
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	36
3.1 <i>Preguntas.</i>	37
3.2 <i>Objeto de investigación.</i>	38
4. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	39
5. PROPÓSITO.	42
6. OBJETIVO GENERAL.	43
6.1 <i>Objetivos específicos.</i>	43
7. MARCO TEÓRICO.	44
7.1 <i>Introducción.</i>	44
7.2 <i>El trabajo en salud.</i>	50
7.2.1 <i>Las redes en la micropolítica del trabajo en salud.</i>	54
7.3 <i>La caja de herramientas.</i>	57
7.3.1 <i>La biopolítica y la caja de herramientas.</i>	58
7.4 <i>El poder y la micropolítica.</i>	60
7.5 <i>El dispositivo.</i>	60
7.6 <i>La Subjetividad.</i>	62
7.6.1 <i>Los territorios existenciales.</i>	64
7.7 <i>Los encuentros y los afectos.</i>	65
7.8 <i>Atención primaria de la salud.</i>	67
7.9 <i>La Atención Primaria de la Salud como política sanitaria.</i>	68
7.10 <i>Centro de Atención de la Salud.</i>	69
7.11 <i>En síntesis.</i>	69
8. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.	72
8.1 <i>La cartografía.</i>	72
8.1.1 <i>La investigación cartográfica.</i>	74
8.1.2 <i>¿La metodología cartográfica?</i>	76
8.1.3 <i>Las pistas cartográficas.</i>	77
8.1.4 <i>La narrativa cartográfica.</i>	80
8.1.5 <i>El registro cartográfico.</i>	81
8.2 <i>Antecedentes de investigaciones.</i>	82
9. MATERIALES Y MÉTODOS.	91
9.1 <i>La estrategia.</i>	94
9.2 <i>La experiencia.</i>	95
10. ANÁLISIS.	106

10.1 <i>La red conceptual para el análisis.</i>	106
10.2 <i>Los Participantes.</i>	107
10.3 <i>Unidad de análisis N° 1: entrevista coloquial no estructurada.</i>	108
10.3.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	109
10.3.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	111
10.3.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	114
10.3.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	118
10.3.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 1.	122
10.4. <i>Unidad de análisis N° 2: “A propósito de un caso”.</i>	125
10.4.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	126
10.4.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	130
10.4.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	133
10.4.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	138
10.4.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 2.	142
10.5 <i>Unidad de análisis N° 3: Taller “la red de pedidos y compromisos”.</i>	144
10.5.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	145
10.5.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	154
10.5.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	160
10.5.4. Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	173
10.5.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 3.	190
10.6. <i>Unidad de análisis N° 4: Segundo taller cartográfico. Restitución de ‘la red de pedidos y compromisos’.</i>	199
10.6.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	199
10.6.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	201
10.6.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	204
10.6.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	217
10.6.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 4.	229
10.7 <i>Unidad de análisis N° 5: El flujograma analizador.</i>	234
10.7.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	239
10.7.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	243
10.7.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	250
10.7.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	257
10.7.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 5.	268
10.8 <i>Una última cartografía de síntesis.</i>	274
10.9 <i>Discusión.</i>	280

11. CONCLUSIONES.	282
11.1 <i>Respondiendo a los Objetivos.</i>	289
11.2 <i>Limitaciones y posibilidades abiertas.</i>	289
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	
GLOSARIO.	
APÉNDICE.	
ANEXOS.	

CONTENIDOS DEL VOLÚMEN 1

1. INTRODUCCIÓN.	16
2. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO.	21
2.1 <i>La apuesta en salud.</i>	21
2.2 <i>El contexto subjetivante general.</i>	24
2.3 <i>El contexto subjetivante local.</i>	28
2.4 <i>Las implicaciones del investigador.</i>	33
2.5 <i>La investigación viva en acto.</i>	34
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	36
3.1 <i>Preguntas.</i>	37
3.2 <i>Objeto de investigación.</i>	38
4. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	39
5. PROPÓSITO.	42
6. OBJETIVO GENERAL.	43
6.1 <i>Objetivos específicos.</i>	43
7. MARCO TEÓRICO.	44
7.1 <i>Introducción.</i>	44
7.2 <i>El trabajo en salud.</i>	50
7.2.1 <i>Las redes en la micropolítica del trabajo en salud.</i>	54
7.3 <i>La caja de herramientas.</i>	57
7.3.1 <i>La biopolítica y la caja de herramientas.</i>	58
7.4 <i>El poder y la micropolítica.</i>	60
7.5 <i>El dispositivo.</i>	60
7.6 <i>La Subjetividad.</i>	62
7.6.1 <i>Los territorios existenciales.</i>	64
7.7 <i>Los encuentros y los afectos.</i>	65
7.8 <i>Atención primaria de la salud.</i>	67
7.9 <i>La Atención Primaria de la Salud como política sanitaria.</i>	68
7.10 <i>Centro de Atención de la Salud.</i>	69
7.11 <i>En síntesis.</i>	69
8. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.	72
8.1 <i>La cartografía.</i>	72
8.1.1 <i>La investigación cartográfica.</i>	74
8.1.2 <i>¿La metodología cartográfica?</i>	76
8.1.3 <i>Las pistas cartográficas.</i>	77
8.1.4 <i>La narrativa cartográfica.</i>	80
8.1.5 <i>El registro cartográfico.</i>	81
8.2 <i>Antecedentes de investigaciones.</i>	82
9. MATERIALES Y MÉTODOS.	91
9.1 <i>La estrategia.</i>	94
9.2 <i>La experiencia.</i>	95
10. ANÁLISIS.	106

10.1 <i>La red conceptual para el análisis.</i>	106
10.2 <i>Los Participantes.</i>	107
10.3 <i>Unidad de análisis N° 1: entrevista coloquial no estructurada.</i>	108
10.3.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	109
10.3.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	111
10.3.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	114
10.3.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	118
10.3.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 1.	122
10.4. <i>Unidad de análisis N° 2: “A propósito de un caso”.</i>	125
10.4.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	126
10.4.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	130
10.4.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	133
10.4.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	138
10.4.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 2.	142
10.5 <i>Unidad de análisis N° 3: Taller “la red de pedidos y compromisos”.</i>	144
10.5.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	145
10.5.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	154
10.5.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	160
10.5.4. Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	173
10.5.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 3.	190

1. INTRODUCCIÓN.

En los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Trenque Lauquen puede observarse que los procesos de trabajo tienen un perfil tecnológico predominantemente biomédico, a pesar que buena parte de sus trabajadores han sido protagonistas de experiencias de salud más integrales. Esta situación tecnológica, que parece haber devenido hacia formas más restringidas, tiene reconocidas consecuencias sobre el cuidado que se produce, y fueron bien estudiadas por autores como Eduardo Menéndez, que describió el modelo biomédico (2) y sus rasgos de: biologismo (que excluye la profundidad de lo psicosocial, lo histórico, lo económico, lo ideológico y lo cultural, en el pensamiento en salud), individualismo, mercantilismo, y eficacia pragmática; con sus consecuencias al interior de las instituciones médicas, como la negación constante del rol de los sujetos en el proceso salud / enfermedad / atención (PSEA).

Algunas características del modelo biomédico:

a) se basa en una concepción patologicista, en su extremo produce una ontologización de la enfermedad, que ocupa el lugar del usuario. Se les puede establecer una causa, predecir una determinada evolución y resultados;

b) es reduccionista, fenómenos complejos como padecer una enfermedad se reducen a la medición de parámetros de la clínica anátomo patológica. La entidad nosológica se independiza del sujeto que la padece (de sus contextos social, cultural y psicológico);

c) es curativo, no acompaña al usuario sino que define su función en curar y salvar vidas;

d) es objetivo, la relación con el usuario, para ser científica debe ser objetiva;

e) se divide por territorios disciplinarios, el usuario queda dividido en partes según esos territorios;

f) divide mente y cuerpo, del cuerpo se encargan los médicos, de la mente los psicólogos;

g) los diagnósticos son biológicos, si tiene un problema psicológico al usuario se le dice que “no tiene nada”.

Otros autores miran el cuidado como un ‘*encuentro*’ cuidador, que actúa como un acontecimiento capaz de afectar la subjetividad de usuarios y trabajadores de la salud, y mediante ella, la producción de un impacto en los resultados y las modalidades del cuidado.

Merhy y Franco, con las contribuciones de Spinoza, y Deleuze y Guattari (entre otros), investigan el trabajo cuidador y analizan: las diversas relaciones que se van gestando en los CAPS son materializadas en los ‘encuentros’ donde el cuidado se produce, y que este ‘trabajo vivo en acto’ (3) es en sí un acontecimiento muy subjetivante, que afecta la potencia de usuarios y trabajadores.

En Spinoza el cuerpo es una potencia de *afectar*, de realizarse, y cuando un sujeto se encuentra con otro puede componer y realizar su potencia, o inversamente, el encuentro puede producir un efecto de disminución de la fuerza de existir. Para Merhy, Franco y otros investigadores, esto tiene consecuencias terapéuticas (4), los trabajadores lo sepan o no, cuando se encuentran con el usuario a la par que actúan con una clínica biomédica, lo hacen con una clínica afectiva, la primera con la intervención que realizan con el cuerpo “anátomo-clínico” que describió Foucault, y la segunda con el cuerpo “afectivo” de los pacientes, con *afectos* que operan un proceso de producción de sí, y del otro. Ambas intervenciones son mediadas por las tecnologías del trabajo.

De este modo, y orientados por estas contribuciones, Emerson Merhy y Tulio Franco bregan en Brasil por un cambio en el modelo de atención de la salud, hoy centrado en la utilización de procedimientos y tecnologías duras propio de este modelo biomédico, buscando avanzar con una transición tecnológica hacia otro modelo de atención centrado en la relación con el usuario, y mirando a éste como alteridad.

En esta filiación teórica, los modelos biomédicos producen distintos perjuicios para la acción cuidadora:

a) para los usuarios:

- En este modelo hegemónico los trabajadores están mayormente concentrados en sus saberes y haceres disciplinarios (núcleo profesional específico), accionando sobre problemas específicos de la atención biomédica, instrumental, con poco acogimiento y sin valoración de las tecnologías relacionales. Es así que no sólo las finalidades del trabajo son pocas veces coincidentes con las necesidades de los usuarios (5), sino que se producen ‘encuentros tristes’ (6) con los trabajadores, afectando la potencia de los usuarios como cuerpos afectivos (4), cuestión que tiene

consecuencias terapéuticas (4), limitando las posibilidades de autocuidado y recuperación de la salud (6, 7, 8).

-Son generadas reiteraciones de consultas por la diferencia entre la oferta de los servicios de salud y las necesidades integrales de los usuarios (el campo de la salud pierde eficacia ante los problemas);

-No consideran su subjetividad ni son reconocidos como sujetos activos del cuidado, generándose -al menos- fuertes disputas en el cotidiano, que naturalmente impactan en los resultados cuidadores (4, 8);

-Son construidas necesidades de procedimientos que son fetichizados en una producción imaginaria de la demanda (y de la oferta), de la cual los usuarios son “objeto” (7);

b) también se encuentran consecuencias negativas para los trabajadores y las finalidades institucionales de los CAPS:

-La organización del trabajo se ordena según las necesidades de los profesionales de accionar con lentes disciplinares sobre los problemas específicos (3);

-Cada disciplina trabaja con relativo aislamiento, con escasos de “espacios colectivos para la producción” que amplíen la capacidad de reflexión, análisis, deliberación e intervención de los trabajadores (9).

-Además de Eduardo Menéndez, el ‘modelo médico hegemónico’ (centralmente biologicista), ha sido tema de reflexión de diversos autores que miran los compromisos que este modelo tiene con intereses económicos y corporativos (2, 3, 10). Sus prácticas participan de una compleja maquinaria subjetivante productora de necesidades, de deseos y de demandas.

¿Qué significa esto para las instituciones de salud?: a su limitada eficacia por las dificultades del biologicismo de ajustarse a las necesidades integrales de los usuarios (3), se suma la centralidad del consumo de métodos complementarios (procedimientos), y de fármacos (proceso de medicalización), cuestiones que asocian un sistema de alto costo con baja eficiencia.

Desde esta segunda perspectiva se investiga sobre el cuidado que ‘se hace’ en los CAPS, siendo los propios trabajadores los productores de un encuentro afectivo, de ellos mismos con su trabajo, creándose situaciones de acontecimientos donde, a la par que se generan conocimientos, se interviene de algún modo sobre las formas del cuidado (3, 11).

Por lo anterior es que cuando esta tesis se propone investigar los procesos del trabajo, lo hace de forma colectiva y recurriendo a la 'Cartografía', de Deleuze y Guattari, considerada una forma válida para estudiar procesos micropolíticos, procesos en los que la subjetividad de los involucrados en el cuidado se encuentra fuertemente inscrita atribuyendo significados y dando el sentido del cuidado. (3, 7, 8).

La subjetividad se encuentra en un proceso productivo inmanente, en el que la experiencia social produce subjetivaciones que modifican la subjetividad, y la subjetividad (y sus deseos), nos lleva a accionar sobre la realidad buscando cambiarla, en la experiencia social. En otras palabras, nuestro objeto de investigación no está dado, sino que se presenta dándose, y ello es todo un desafío de cambio de la relación objeto - sujeto como el pensamiento científico tradicional lo concibe, binomio que en la cartografía se diluye y exige la implicación del investigador con el campo, alejándose de los postulados de objetivismo y confiabilidad como verdad única.

El conocimiento que se obtiene es producido y utilizado por los sujetos como singularidades en producción. Es decir que es utilizado de primera mano por aquellos que acceden a un conocimiento de sí que puede funcionar como acontecimiento subjetivante.

Son supuestos de esta investigación:

a) que las modalidades del cuidado están centralmente relacionadas con la micropolítica del cotidiano de los servicios de salud. Y que esta micropolítica se encuentra en producción inmanente;

b) que en la micropolítica del trabajo cotidiano hay una 'política de la existencia', en la que los sujetos construyen el sentido del cuidado como un posicionamiento ético político dominante, que también siempre se encuentra en producción;

c) que conocer la micropolítica de los procesos de trabajo utilizando analizadores (que pueden funcionar como dispositivos), es también poder intervenir y transformar los síntomas de la realidad, y de ésta forma la investigación cartográfica contribuye generando condiciones, posibilidades y oportunidades para una nueva praxis en salud;

d) que la subjetividad como producción deseante y como fuente de significación de los trabajadores está inscrita en territorios existenciales singulares, modos de existencias muy expresivos en la micropolítica de los procesos de trabajo en salud;

e) que el deseo es como lo entienden Deleuze y Guattari en "El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia" (12): como una fuerza propulsora fundamental en el

momento del accionar laboral, y por lo tanto productiva del cotidiano. Deseo y subjetividad como conceptos sociales en producción inmanente;

f) que el trabajo en salud se materializa mediante encuentros, que son situaciones de acontecimientos;

g) que los acontecimientos del cotidiano pueden desterritorializar a los trabajadores y producir otras subjetividades, es decir que hay una producción micropolítica y subjetiva de la realidad que se da por los acontecimientos del cotidiano (como producción de modos de cuidado);

h) que hay una clínica del “cuerpo anátomo-fisiológico” y una clínica del “cuerpo afectivo”¹.

Se realizaron entrevistas grupales abiertas y talleres, estos últimos utilizando herramientas cartográficas reconocidas por sus capacidades de producir análisis del trabajo cuidador, herramientas generadoras de situaciones de acontecimiento que nos permitieron acceder a la micropolítica de los procesos de trabajo como momentos de visibilidad del funcionamiento del cotidiano, y de las tecnologías utilizadas en el cuidado.

¹ En este trabajo los conceptos ‘cuerpo afectivo’ y ‘cuerpo sin órganos’ se utilizan de modo indistinto.

2. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO.

Para María Teresa Sirvent el ‘contexto de descubrimiento’ se refiere al “conjunto de elementos o aspectos políticos, sociales, económicos, institucionales y personales que condicionan el proceso de investigación, facilitándolo o inhibiéndolo” (13 p.7). Si bien la importancia del ‘contexto de descubrimiento’ es relativa cuando investigamos acontecimientos (14), nos ayuda en la aproximación a la situación problemática, y el reconocimiento de las implicaciones y sobreimplicaciones que tienen posibilidades de estar presentes en el colectivo de investigación.

Buscando dar cuenta de este contexto comenzamos por relatar la historia sanitaria institucional reciente, en particular su relación con los aspectos políticos y subjetivos, orientados a connotar su capacidad de contribuir a la producción de la situación problemática de donde se construye el objeto – problema.

2.1 *La apuesta en salud.*

Desde fines de 2007 la estructura y el funcionamiento del sistema de salud de Trenque Lauquen fueron profundamente transformados por políticas de implementación de la ‘atención primaria de salud’ (APS). Por esos tiempos comenzaba a materializarse un proyecto de salud integral con importantes inversiones económicas, de infraestructura edilicia, tecnológica y de “recursos humanos”, con la incorporación de trabajadores de distintas disciplinas (sobre todo no médicas).

Se produce así una transformación del sistema de salud:

a) en primer lugar a partir del desarrollo del primer nivel de atención, con la inauguración de cuatro CAPS muñidos de equipos interdisciplinarios en la cercanía de los barrios periféricos entre los meses de febrero y julio de 2008. Se inicia así un funcionamiento en *niveles de atención*, donde los CAPS conforman el primer nivel de atención, vinculado con el segundo y tercer nivel constituido por el Hospital Municipal Pedro T. Orellana. Al comienzo, la reestructuración productiva del sector implicó la asignación de un *territorio geográfico poblacional* como responsabilidad de cada uno de los cuatro CAPS, conformando cuatro áreas programáticas de aproximadamente 10.000 habitantes cada una. A partir de estos movimientos, el sistema de salud abandonó su desempeño exclusivamente hospitalocéntrico y se formalizó la Dirección de Salud

Comunitaria (DSC), incorporada a la estructura orgánica municipal el 1 de mayo de 2008;

b) en segundo lugar con la instauración de la gratuidad de las prestaciones de los servicios públicos de salud (15), implicando la remoción de una importante barrera a la accesibilidad a los servicios para una gran cantidad de personas, sobre todo para aquellas que no contaban con cobertura de salud. Esta barrera económica se formaliza en el año 1992, con la creación de la Obra Social Municipal (OSMU), y se mantiene hasta el inicio de esta experiencia en el 2008. La OSMU está basada en la idea de un sistema de salud público como “seguro solidario” (15), y el objetivo del mismo fue dar cobertura de atención de salud a la población sin afiliación a obras sociales tradicionales -en el año 1999 se contabilizaban 18.000 los beneficiarios de la OSMU-, con prestaciones de nivel primario y secundario, incluyendo prestaciones de alta complejidad.

El financiamiento de la OSMU provenía: de los usuarios, mediante copagos prestacionales y de trabajos voluntarios contraprestacionales (de aquellos que no podían cumplimentar los copagos); de fondos propios del municipio; de aportes del Gobierno Provincial (por múltiples mecanismos); y de las remesas coparticipables de Nación.

La población sin obra social fue clasificada en tres grupos según su capacidad económica, los dos grupos supuestamente más “solventes” tenían copagos diferenciados para utilizar los servicios: consultas médicas, procedimientos quirúrgicos, partos, internaciones por cualquier motivo, estudios complementarios y medicamentos. Suponía un procedimiento que confiaba en la inmovilidad socioeconómica de la población que no era sistemáticamente monitoreada, generando una fuente adicional de inequidad en salud que fue profundizándose al pasar el tiempo.

Volviendo a la fuerte apuesta del proyecto político de “inclusión social” a través del sector salud a partir del año 2007, el presupuesto anual de Salud fue aumentado un 50% para el año 2008, llegando para el año 2009 a 20.000.000 de pesos, aproximadamente el 20% del presupuesto total del municipio;

c) en tercer lugar su innovador proyecto sanitario consistía sobre todo en la metodología de trabajo que impulsaba, con el trabajo en equipo (garantizando al menos una reunión semanal), el trabajo comunitario (garantizado por -hasta- un 30% de la carga horaria), y la educación permanente desde una perspectiva pedagógico-didáctica

participativa e integral. En ese período, la DSC dependía orgánicamente de forma directa del Departamento Ejecutivo.

Además, la creación de la DSC como una nueva dependencia municipal ofreció la oportunidad de conformar buena parte de su plantel con ingresos de personal, cuya selección pudo ser orientada para la específica y compleja tarea de producir salud con los matices del cambio paradigmático propuesto, que abandona la mirada biomédica excluyente y que avanza reorganizando y gestionando por una nueva praxis. Fueron convocados profesionales de diversas disciplinas (docentes, psicopedagogos, trabajadores sociales, psicólogos sociales, etc.), considerados con capacidades para este trabajo, algunos de ellos llegan desde otras ciudades (entre ellos cinco médicos generalistas).

Estos procesos fueron discursivamente sostenidos el Intendente electo, la figura política máxima del partido, viabilizando / performando el proyecto político en los planos simbólico y subjetivo.

Al reformularse los efectores sanitarios con los contenidos estratégicos mencionados, los CAPS pasan a llamarse “Centro de Referencia Social y Salud Comunitaria” (CAPS que intentan integrar tres dependencias municipales: Salud Comunitaria, Escuela Municipal y Desarrollo Social), buscando avanzar en una transformación de los referenciales teórico y de prácticas, del trabajo de salud local, que de forma progresiva adquieren nueva y revitalizada relevancia social con la aplicación de la estrategia APS integral. Se introduce una transición productiva (7) con refuerzo de las dimensiones cuidadoras y promotoras de la salud integral.

Como resultado de los cambios se constató un aumento sostenido de las prestaciones en el primer nivel de atención, con un leve decremento de las prestaciones hospitalarias desde el primer año. El aumento de la cobertura global lograda por los servicios públicos (incluyendo los CAPS y el Hospital municipal) es notable: el 70% más de consultas en el 2010 respecto al año 2007. Del análisis estadístico surge la afirmación de un efectivo aumento de las consultas con un adicional de 119.453 consultas en los CAPS que no se corresponden con una disminución de magnitud en las consultas hospitalarias.

Tabla N°1: Número de consultas por niveles de atención y su distribución anual en el período 2007 – 2010. Ciudad de cabecera.

	Hospital Dr. Pedro T. Orellana	CAPS	Total
Año 2007	130.037	14.215	144.252
Año 2008	114.152	76.966	
Año 2009	104.714	108.517	
Año 2010	110.893	133.668	244.561

Fuente: Servicio de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Puede observarse el aumento sostenido de las prestaciones en el primer nivel de atención (en la tabla se inscribe como “CAPS”), y el leve decremento de las prestaciones hospitalarias. Estos datos, que reflejan el aumento de la cobertura global lograda por los servicios públicos, afirman el avance sobre uno de los núcleos propositivos fundantes de la APS en Alma Ata, y también indirectamente la aceptación social del resignificado primer nivel de atención.

Cabe destacar que la remoción de estas barreras al acceso a los servicios (especialmente la económica), tuvo su correlato con los efectos producidos en los trabajadores, a los cuales la gratuidad les significó un importante acontecimiento subjetivante, potenciando a los trabajadores en la nueva etapa sanitaria en la que también se producía una gran cantidad de enunciaciones significantes, valorando a la salud como derecho fundamental y a los principios de equidad y cobertura (‘Salud para todos’), como directrices privilegiadas.

2.2 El contexto subjetivante general.

La producción de los territorios existenciales tuvo como contexto la acción subjetivante de una confluencia semiótica de distintos niveles de la realidad, pudiendo visibilizarse:

En el nivel más amplio la tendencia orientada por las agencias internacionales que -como “máquinas significantes”- desde hace décadas producen material y simbólicamente influencias a nivel de las organizaciones de salud (gubernamentales y no gubernamentales), para el desarrollo de la harto declamada APS. La fuerza de dicha

determinación se encuentra en sus capacidades de financiar experiencias locales, y a través de ésta, una fenomenal forma de presionar y condicionar líneas de acción políticas en los Ministerios de Salud de los diversos países, imponiendo cláusulas con la inclusión/exclusión de determinadas formas de utilización de los préstamos, que en nombre de la extensión de la APS adquiere en estas prescripciones (y restricciones), las adaptaciones convenientes a la lógica de mercado y del mundo capitalístico: una fórmula comúnmente utilizada es la focalización en poblaciones específicas, aportando para la compra de medicamentos e insumos -APS selectiva-, y la incorporación de la participación social predominantemente como “colaboración”, que suma eficiencia y viabilidad económica a los planes, programas y proyectos (16).

En lo que respecta al marco institucional adherente a la APS, puede aseverarse que en nuestro país tanto su implementación original como su reconocimiento como materia de transferencia académica, fue y es muy pobre ante el escenario biomédico hegemónico (17), y que las experiencias más avanzadas no tuvieron el contexto político adecuado para aplicar el sentido expreso en la Declaración “socialista” de Alma Ata (1978). De cualquier forma, el slogan “Salud para todos en año 2000” (con su encuadre de derecho universal), penetró en el universo simbólico y subjetivo de los trabajadores, contribuyendo a la base formal signifiante de sus procesos de trabajo.

En el contexto nacional, el gobierno autorreferenciados con el lema “nacional y popular”, desde el año 2003 alzan consignas de “inclusión y justicia social”, y también de reivindicación de la Salud como derecho humano. Dichas consignas se vieron concretadas en diversas acciones gubernamentales que le dieron credibilidad, confianza y un nuevo sentido a lo político (muy devaluado hasta el 2003), y que al pasar el tiempo produce un interés bastante generalizado de la población en la participación política.

Del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) llegan afectando a los trabajadores:

a) Programa Nacional Médicos comunitarios y equipos de Salud (PMC):

Este mega programa de apoyo a la APS en el nivel municipal, en sus ejes significantes giran la financiación de equipos interdisciplinarios y su calificación a través de la capacitación en servicio.

Se conforma desde el año 2004 como un programa de becas de formación universitaria en APS con opción a un componente laboral (contra prestacional), financiado también por el MSN, oportunidad exclusiva para

quienes trabajan en el primer nivel de atención. La ordenanza municipal 3012/08 (18), promulgada el 2 de mayo del 2008, permite su incorporación en Trenque Lauquen, contribuyendo a la formación con la doctrina APS integral de cuatro equipos de trabajadores. Desde lo curricular se desarrollan trabajos comunitarios y participativos, con exigencias de exámenes constataivos de actividades y aprendizajes.

Además de reconocer el trabajo en el primer nivel de atención y de valorar a los trabajadores que allí se desempeñan, la capacidad del programa de producir subjetivaciones a nivel municipal se fortalece al ser implementado a través de Universidades Nacionales, cuyo reconocimiento social le imprime legitimidad a sus enseñanzas. En nuestro caso contribuyó decisivamente a la legitimación de los movimientos instituyentes hacia una práctica de APS más integral, que tuvo especial importancia en el campo micropolítico local. Uno

Unos 25 trabajadores de diferentes disciplinas inician un esquema de educación permanente en servicio con teorías y prácticas del 'deber ser' de la APS, que por doble vía (municipal y Universidad) los produce como impulsores de la APS integral al interior de cada equipo de salud.

Además, este programa incorpora la figura del promotor de salud, una figura clave para cualquier proyecto sanitario que pretenda tener llegada territorial, y que recién se pudo incorporar al plantel municipal con la llegada de este programa.

b) Programa Remediar:

Al menos pueden identificarse tres grandes contribuciones de este programa a los campos subjetivantes que afectan a los trabajadores (Si bien la intensidad significativa afecta más a médicos y enfermeros, no deja de ser subjetivante para todo el equipo interdisciplinario), la primera es el proceso de jerarquización y revalorización de los CAPS con la llegada de medicamentos básicos para buena parte de los problemas prevalentes, y exclusivo para el primer nivel de atención. A la disponibilidad de medicamentos se le suma un componente educativo importante, por un lado por la publicación de una revista de formación y actualización en problemas prevalentes y de APS que llega periódicamente a cada CAPS con el Botiquín Remediar, por otro lado con las distintas propuestas de estímulo al trabajo con la estrategia APS como son los

“Concursos Nacionales de Proyectos Locales Participativos”, en los que algunos trabajadores locales tuvieron logros destacados, llegando a obtener reconocimientos del MSN. La metodología e instrumentos utilizados en los proyectos locales participativos afectaron a un grupo de trabajadores, que los replicaban y utilizaban en talleres y diagnósticos participativos.

Si bien actualmente el programa parece haber declinado y la acción educativa mermado pronunciadamente, se mantiene la entrega de medicamentos y su producción de significaciones valorizando la estrategia APS.

c) Plan Nacer (PN):

EL PN es incorporado en el año 2008 a Trenque Lauquen, y desde que se presentó implicó y afectó a la mayoría de los trabajadores, más o menos significativamente en relación al grado de modificación que el programa imprimió a sus procesos de trabajo. Fueron las siguientes disciplinas las que lo protagonizaron: administrativos, enfermeros, obstétricas, trabajadores Sociales, promotores de salud y médicos (generalistas, pediatras y ginecólogos).

Si bien el programa tuvo y tiene resistencias, sobre todo de algunos médicos, se impone por los reembolsos económicos que le significan a los efectores sanitarios del municipio.

Este programa nacional se presentó como una gran ‘máquina de expresión’, subjetivante por varias vías. En principio, el mismo tiende a una “cobertura universal” de salud, colocando a toda la población como sujetos con derechos (al menos a prestaciones de salud), a partir de ofrecer cobertura de salud a usuarios sin obra social, a los cuales nominaliza y ofrece un paquete básico de servicios de salud brindado por el municipio (que luego recibe transferencias por prestación realizada).

Sin perder de vista que es a través de efectores públicos que el PN se concreta, el programa exige un ordenamiento general de acceso al sistema de salud por el primer nivel de atención (CAPS), el cumplimiento de un estricto proceso administrativo específico que incluye el monitoreo de ciertos parámetros certificantes de calidad en la atención, y el registro obligatorio en la

Historia Clínica de cada prestación realizada (carga incorporada principalmente a trabajadores médicos).

Es decir que con la implementación del PN llegan modificaciones a los procesos de trabajo en los CAPS, con competencias administrativas nuevas, de registro y envío de información; y sin beneficios económicos directos para los que sobrellevan la nueva carga, elemento que obstaculiza la viabilidad de su implementación. Este problema micropolítico se convierte fácilmente en un indicador del movimiento de cambio en la producción subjetivante del gobierno municipal, ya que cuando se inicia el programa la estrategia del Intendente para conseguir la adherencia de los trabajadores fue apuntalar su protagonismo, reconocerlos. Su indicación era que cada equipo hiciera una lista con las sugerencias de utilización del dinero (prioridades de insumos, etc.), y de ese listado “yo elijo en qué gastar”. Además el responsable de cada efector era un trabajador, mecanismo que dio transparencia a la franca sociedad Institución-trabajador, unidos por el dinero y la salud de vecinos sin obra social (que por otra parte ya estaban atendiendo). Los trabajadores adhirieron, algunos de muy buena gana, sobre todo porque este programa asigna un valor mayor a las prestaciones comunitarias (como la búsqueda activa de embarazadas), y grupales (como talleres para la salud), que a las prestaciones individuales (como los controles de salud o atención de enfermedades).

Luego del cambio de gestión, en junio de 2010 se rompe este acuerdo y el dinero comienza a ser utilizado por el intendente discrecionalmente, sin hablar con los trabajadores ni comunicar su destino, produciéndose -según la interpretación generalizada de los trabajadores- un desvío de dinero hacia fuera de los CAPS. Se conforma otro acontecimiento fuertemente subjetivante y cuyo efecto se vio reflejado en la pérdida de la adherencia de los trabajadores al programa y en la disminución de los ingresos en ese período.

2.3 El contexto subjetivante local.

En estos contextos subjetivantes se inserta la experiencia local, gobernada a partir de diciembre de 2007 por el mismo partido político que las jurisdicciones nacional y provincial, y levantando sus mismas consignas y simbolismos.

La figura del Intendente fue muy importante, con más de 15 años de gestión municipal (primero como Secretario de Acción Social, luego como Intendente), siempre asociado con una figura todopoderosa, innovadora y justiciera, su importancia política le dio fuerzas para enfrentar con éxito al ordenamiento hegemónico conservador establecido, con jugadas recursivas instituyentes, insistiendo con los cambios estructurales y las consignas “nacional y popular” en una ciudad históricamente conservadora. Esa imagen suya le dio gran eficacia en la producción de subjetivaciones, siendo sus expresiones sumamente afectantes para todos. Sus enunciaciones y acciones también estuvieron relacionadas con la adhesión de un grupo de trabajadores -sin vocación política partidaria-, en el proyecto que el líder construyó para salud, y con lo cual mejoró sus capacidades tecnopolíticas (19) para concretarlo.

Por su parte, la Dirección de Salud Comunitaria mediante el “Programa de educación permanente como estrategia para el cambio” constituyó una importante fuente de enunciados que de forma semanal e ininterrumpida entre los años 2008 y 2010 unos 30 trabajadores de los cuatro CAPS fueron desarrollando sus conocimientos, capacidades y sensibilidades². El programa tenía como eje la problematización de situaciones recogidas del cotidiano, constituyéndose en espacios de reflexión e intervención que permitieron y facilitaron la incorporación de nuevas modalidades tecnológicas a sus procesos de trabajo. Aquí tecnología es considerada como la entiende E. E. Merhy (7), quien la refiere a la producción de cosas en un sentido bien amplio: objetos materiales y simbólicos; más allá de la tradicional concepción de aparatos materiales, incluye como tecnologías los saberes para la producción y para la organización de las acciones humanas en esos procesos productivos, inclusive en su dimensión subjetiva.

El programa constituyó un espacio en el que se luchó contra las subjetividades originadas en el modelo biomédico, llegándose a problematizar también las determinaciones más generales de los procesos salud enfermedad atención. Sólo con el protagonismo creativo de los trabajadores se contó con los ensayos y consolidaciones de nuevas modalidades de trabajo, Es decir que hubo rupturas con los modos productivos procedimentales históricos, incorporándose prácticas con mayor uso de tecnologías relacionales, materializando una reestructuración productiva que se acompañó efectivamente de una transición tecnológica (7).

² Según archivos propios de la DCS, desde abril de 2009 a junio de 2010 se realizaron 59 encuentros de capacitación

La estrategia educativa encontraba continuidad en el seno de los CAPS donde periódicamente se implementaba alguna forma de capacitación en servicio (de forma autodidacta por el propio grupo interdisciplinario o planificado por la DSC), siempre en ocasiones de trabajo con casos concretos.

Acercándonos más al conocimiento de las afectaciones subjetivas de la micropolítica de este período histórico, y sus trabajos 'vivos' tecnologías relacionales dependientes, en esta parte se describen algunos campos considerados importantes para ello, organizados cronológicamente. Dichos aspectos historiográficos son relevantes para interpretar los pasajes de territorios existenciales habitados y más o menos compartidos, que vivieron los trabajadores.

Desde el año 2008:

a) Los usuarios:

Los primeros que empiezan a reconocer la nueva propuesta ofrecida desde los CAPS son aquellas personas que por necesidades (materiales, sociales, o de salud) se acercan buscando ayuda, encontrando a nuevos efectores en pleno proceso de transformación. En los CAPS se propone una relación distinta a la hospitalaria (biomédica tradicional), más comprensiva e integral, más horizontal, con la figura del médico de cabecera que lo asiste y lo guía en la construcción de su proyecto terapéutico, orientando su recorrido por el sistema de atención (ya que frecuentemente las necesidades prestacionales de los usuarios requieren la intervención del hospital como segundo y tercer nivel de atención, por referencias a especialistas o necesidades de estudios complementarios). El paciente va recorriendo los servicios por sus necesidades sin pensar en divisiones entre niveles de atención ni diferencias de cosmovisiones, aunque sí cargado con las representaciones sociales hegemónicas sobre lo que es salud y sobre todo lo que es calidad en la atención de la salud.

Esto fue contribuyendo a una relación afectiva potenciadora con los usuarios, que en ocasiones veces participan y estimulan al trabajador en su labor.

b) La relación entre niveles:

En el Hospital Municipal Pedro T. Orellana por el contrario, los cambios fueron resistidos por los profesionales médicos (principalmente) y a partir de ellos, se produce

la construcción de representaciones “negativas” por buena parte del personal hospitalario sobre el primer nivel de atención, lo que impacta en la (des) articulación del primer nivel con el Hospital.

Históricamente los profesionales médicos no sólo tienen el control de sus procesos de trabajo, mayormente con reglas auto administradas corporativamente, sino que buena parte de ellos también trabaja en el sector privado (y algunos son prestadores hospitalarios de métodos complementarios tercerizados), con sobreimplicaciones económicas que frecuentemente están presentes en sus procesos de trabajo.

Sin embargo no son los exclusivos responsables de cómo opera la organización municipal de salud, inserta en el sistema capitalista que por diversas vías produce permanentemente subjetivaciones que actualizan los territorios de los trabajadores, agenciando sus actos profesionales:

[...] es así entendido por el mercado que actúa en el campo de la salud y opera fuertemente sobre su imaginario, agenciando para el consumo de productos y procedimientos, interesado en la escala de la realización de lucro³ (3 p.13).

Un ejemplo lo constituye la asignación de los sueldos de los profesionales, quienes cobran sus haberes por un ‘sistema de productividad’ (tanto del Hospital como de los CAPS), muy subjetivante en el sentido de producir trabajadores atravesados por una lógica cuantitativista en la que su sueldo aumenta con el mayor número de prestaciones, sin ser evaluada la calidad o la eficacia de las acciones, parámetros directamente relacionados al tiempo dedicado a cada prestación (20).

La forma organizacional general del Hospital resulta centrada en el profesional y sus prestaciones.

Desde el punto de vista de las fuerzas que materializaban la puja de intereses en este ‘juego social’ (3), fueron los trabajadores de los CAPS los nuevos actores que representaban en el campo micropolítico a las nuevas políticas sanitarias, que en el período constitutivo fueron “punta de lanza”, luchando por ‘salud para todos’, participando en las redes de poder (14) como actores recientemente llegados, impulsados por los procesos del Intendente.

c) Las organizaciones sociales:

³ Traducción libre del autor.

Son variadas las organizaciones e instituciones públicas que producen de redes con los CAPS, contribuyendo con sus condiciones de producción al tener ahora la posibilidad de trabajar junto a los trabajadores de los CAPS con propuestas de coproducción y de cogestión de sus objetos - problemas.

A partir de junio de 2010 comenzó un período de cambio en el proyecto sanitario, con modificaciones de las modalidades de gestión y de las relaciones productivas de los trabajadores, y además, la expulsión de quien suscribe de la DSC. Fue el mismo intendente que había iniciado el proceso de cambio en 2007 quien daba marcha atrás al proyecto que se venía desarrollando con fuerza. Los argumentos para la nueva postura fueron: que se habían generado desigualdades entre los trabajadores por “amiguismo”, y el cobro de horas extras no trabajadas.

Por fuerzas micropolíticas no totalmente conocidas el intendente introduce movimientos dirigidos a desarticular los equipos de salud constituidos, y a imponer una forma organizacional burocratizada, con gran preocupación por desplegar mecanismos de control centralizados, con refuerzos normativos disciplinarizantes, con la utilización del miedo y la amenaza a través de su autoridad aterradorante. Sancionó a veinte trabajadores en forma directa (dando de baja a los contratos jornalizados de nueve y modificando la relación laboral de once). Los que fueron expulsados son reingresados con tareas diferentes y/o en distintos ámbitos municipales.

Las medidas regresivas del Intendente (y médico cirujano) se entienden desde la lógica de la racionalidad científica moderna y su concepción disciplinar del trabajo en salud, que pasa a ser fragmentado, parcelado, donde cada profesional tiene su dominio (21). Este pensamiento biomédico le retorna centralidad / exclusividad a la enfermedad y su curación, desvalorizando las acciones grupales y las competencias de salud con determinantes sociales, económicos y políticos, llegando a proscribir materialmente el trabajo con ellos. Este proceso sorprende, generando gran desconcierto y poca reacción ante la gravedad e intensidad de las declaraciones y acciones. A sus enunciaciones en aquél tiempo, que afectaron más al grupo que más implicado estaba por el proyecto, paradójicamente los “amigos” de la gestión, le continuaron diversos acontecimientos subjetivantes e instituyentes, como procesos de gestión “anti-Paideia” (22) coherentes con una concepción biomédica hegemónica del trabajo en salud.

La Dirección quedó prácticamente acéfala por ocho meses para luego ser asumida en un breve lapso por un médico cirujano con rasgos autoritarios (entre sus

desaciertos significativos figura la suspensión de las reuniones de equipo, acontecimiento productor de afectaciones que se prolongó por cuatro meses), y finalmente, desde el 27 de abril de 2011 a la actualidad la gestión es realizada por una médica clínica que trabaja en uno de los CAPS. Ambos gestores han sido portadores de enunciados centralizadores y propios del modelo médico hegemónico, con adherencia a una forma organizacional burocrática, desconsiderando en sus haceres la importancia de la subjetividad, el protagonismo del trabajador, y la democracia institucional.

En este proceso de cambio, sin dudas que fueron abruptamente modificadas las condiciones subjetivas de producción de una parte de los trabajadores, aquellos que pudieron trabajar con libertad en la construcción de su propio trabajo y que luego les fue coercitivamente recortada su autonomía. En esos tiempos devienen impotencia, devienen resentimiento a las autoridades institucionales.

Con el tiempo fue produciéndose un cambio del perfil productivo tecnológico de los trabajadores que, como diría E. E. Merhy, “se endurece”, y lo hace principalmente a expensas de disminuir la intensidad de los procesos relacionales, con cambios en sus implicaciones laborales (las actividades comunitarias como las visitas domiciliarias y los trabajos barriales que buscaban la reflexión y construcción de conciencia crítica fueron prácticamente abandonados).

2.4 Las implicaciones del investigador.

En este punto se busca exponer de forma aproximada el contexto subjetivo del autor: sus implicaciones en cuanto a juicios previos, intereses, deseos y necesidades que lo atraviesan (22). Si bien para Lourau las implicaciones están más próximas a aquellas “fuerzas inconscientes” que atraviesan el campo analizado (23), miramos más los intereses y las necesidades, como fuerzas más descriptibles que los deseos, que son de naturaleza inconsciente, pura potencia (12).

En búsqueda de esta Tesis el maestrando reconoce un recorrido existencial:

a) con interés y necesidad de visibilizar una historia institucional de la que considera haber sido blanco de una injusticia, al igual que aquellos trabajadores que se comprometieron con el proyecto institucional y que fueron ofendidos de gran manera,

considerándolos “ñoquis”⁴; juzgando injustamente a quienes pusieron más de lo que la institución les pedía, a veces trabajando sábados y domingos por propia voluntad, militando la idea de ‘Salud para todos’;

b) con la percepción - prejuicio de un cambio histórico respecto a las condiciones subjetivas de producción, antes con una ética militante de ‘salud para todos’, ahora con una ética de tracción económica (cooptación, coerción y coacción mediante la utilización de implicaciones económicas de los trabajadores);

c) que busca la *libertad* como valor máximo, estos autores, principalmente Merhy y Franco, abrieron un campo de conocimientos que permitió al maestrando encontrar entusiasmo por investigar lo que para él es el problema existencial que lo controla: las pocas ganas de hacer o el hacer con un mínimo de compromiso (como es la atención casi exclusivamente en consultorio), justificado con la queja y el resentimiento a la autoridad sanitaria (DSC).

d) en el que esta investigación es la búsqueda de un efecto terapéutico para él mismo (el investigador), y para el grupo de trabajadores afectados por la injusticia referida en el primer punto.

2.5 La investigación viva en acto.

Otro elemento del contexto de descubrimiento es lo que podría denominarse como “el desafío”, de acercar la investigación cartográfica al contexto científico académico, especialista en representar objetos y procesos empíricos mediante un sujeto investigador ubicado fuera del campo de investigación objetivable.

La cartografía estudia procesos reconociendo que tanto investigador e investigados están implicados y sobreimplicados (de alguna manera) en la construcción del “objeto” y del “sujeto” de investigación. Además, rompe con la lógica del camino metodológico preestablecido como procedimiento que otorga confiabilidad a los conocimientos científicos.

La cartografía investiga procesos productivos marcados por los acontecimientos del cotidiano, que tienen la potencial capacidad producir cambios en acto, con efectos cognitivos y afectivos-subjetivos en los sujetos que significan y operan la realidad.

⁴ “Ñoquis” es una denominación popular que asigna el atributo de percibir sueldo sin trabajar.

Mediante los agenciamientos⁵ que los encuentros - acontecimientos provocan, el investigador tiene la posibilidad de participar en la construcción del plano de fuerzas micropolítico generador de la realidad (3, 11). Es decir que el investigador actúa como una más de las fuerzas que participan micropolíticamente agenciando la realidad, en su plano de génesis, cuestión que más que una metodología preestablecida, requiere de un êthos investigativo (11) acorde al estudio de sistemas abiertos y de gran conectividad, para la construcción del camino de la búsqueda de información y producción de datos.

Puede inferirse el desafío académico constituido por una investigación social que escapa del pensamiento estructuralista y hermenéutico, para mirar acontecimientos.

La 'investigación viva en acto' incorpora al racionalismo cartesiano, nociones inmanentistas, encontrando dificultades al momento de presentar un sistema como es el rizomático (que investiga acompañando procesos abiertos), con el modelo de elaboración de tesis que la academia exige.

⁵Agenciamiento es la dinámica de afecciones subjetivas. Según Deleuze, el encuentro intercesor entre dos cuerpos producen un campo de consistencia que es donde circulan las intensidades y flujos como afecciones subjetivantes, que existen en ese momento y sólo en ese momento, pero que pueden persistir como nuevas subjetividades operantes.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

En el cotidiano del cuidado de los CAPS de Trenque Lauquen pueden distinguirse los siguientes rasgos tecnológicos:

a) las reuniones de equipo no existen, se realizan con poca frecuencia, o son condicionadas por la normativa institucional, que formaliza reuniones sin objetivos muy definidos, incluso con incentivos económicos por la simple presencia en las reuniones. Constituyen espacios poco productivos, en términos deliberativos del propio trabajo o de construcción de proyectos terapéuticos interdisciplinarios para casos complejos, cuestiones relacionadas con la eficacia del trabajo (9, 22);

b) la organización de los procesos de trabajo se encuentra estructurada según disciplinas o campos de acción de cada uno de sus integrantes, que se encuentran trabajando de forma relativamente aislada e individual. Esta situación reduce la eficacia del trabajo ante los problemas complejos o poco estructurados, que requieren la participación del equipo, del que padece y de su familia;

c) el funcionamiento de los CAPS está estructurado alrededor de programas de salud que configuran distintos menús de prestaciones, los cuales están asociados a la transmisión de información administrativa con valor económico para el municipio. Son procesos con una lógica gobernada por criterios de recupero (vía coparticipación, Plan Nacer, Programa Sumar, PROSANE, etc.), que posiciona a un trabajador frente a una 'razón instrumental'⁶ institucional, que contribuye a la producción de las modalidades de trabajo;

d) los promotores de salud abandonaron sus actividades de clínica familiar domiciliaria ('programa de atención domiciliaria'), que por más de dos años fue un avance en la accesibilidad geográfica de aquellas personas con movilidad reducida (física, mental o social), para dedicarse al apoyo o realización de programas grupales y muchas veces de tareas administrativas;

e) los profesionales médicos abandonaron las visitas domiciliarias como actividad sistemática, dificultando seriamente la continuidad del cuidado de pacientes con movilidad reducida y sin medios para concurrir a las consultas médicas;

⁶ En la 'razón instrumental' la organización le pide al trabajador accionar cumpliendo con las normas y protocolos pre elaborados que aseguran tanto la realización de las prestaciones programáticas como el envío de su correspondiente información (económica), por el contrario, lo que no le pide es que piense situaciones, que reflexione sobre lo que se hace, si funcionan o no las maneras del trabajo en relación a los resultados buscados, etc.

f) la participación social pocas veces es puesta como objetivo de acciones de autonomización, más allá de la pretensión que los vecinos participen de una convocatoria o de alguna dinámica de educación para la enfermedad⁷. A veces con la forma de eventos o talleres que miran los problemas con matices típicos de la Salud Pública positivista (“del riesgo”).

En resumen, el desempeño laboral visibiliza aspectos tecnológicos asociados a un modelo predominantemente biomédico y que parece haber cambiado con el pasar del tiempo. Se configuran así dos núcleos problemáticos que afectan a usuarios, trabajadores y la función cuidadora de la organización institucional:

a) en los CAPS se trabaja con un modelo de cuidado tecnológicamente endurecido (7), en el que prevalecen prácticas biomédicas. Los modelos de trabajo endurecidos tienen repercusiones en el cuidado: no reconocen al usuario como sujeto activo (8), construyen necesidades de procedimientos (3), generan reiteración de consultas por no responder a las necesidades de los usuarios (3, 7), pierden eficacia ante los problemas (4), impactan en la potencia de los usuarios como cuerpos afectivos -producen encuentros tristes, perjudiciales para la el PSEA- (4, 6);

b) los trabajadores están mayormente concentrados en sus saberes y haceres disciplinarios (núcleo profesional específico), y trabajan con relativo aislamiento entre ellos, sin ‘espacios colectivos para la producción’ que amplíen su capacidad de análisis e intervención (9, 22). Es decir que la organización del trabajo no se ordena según las necesidades de los usuarios (5), sino que se centra en los profesionales, y buena parte de éstos con procesos de trabajo capturados por lógicas normativas programáticas.

3.1 Preguntas.

¿Cómo son las modalidades asistenciales del encuentro cuidador?

¿Cuál es el lugar del usuario?

¿Cuál es el grado de autonomía del usuario?

¿Cómo afecta la investigación a las implicaciones del investigador?

¿Cómo son las disputas que atraviesan el trabajo cotidiano?

⁷ Una participación que nos recuerda a aquella que refiere Mario Testa, más que signo de democratización, como “[...] pantalla de legitimación que cumple parcialmente esa función esencial en el mantenimiento de cualquier sistema social.” (24 p.169).

¿Cómo son las relaciones afectivas que establecen los trabajadores en las acciones cuidadoras?

¿Cuál es el perfil tecnológico de las cajas de herramientas de los trabajadores, y cómo son los referenciales éticos políticos que ellas reflejan?

¿La investigación cartográfica puede constituirse en un 'espacio colectivo'?

En definitiva, ¿Cómo es la micropolítica de los procesos de trabajo?

3.2 Objeto de investigación.

El objeto de investigación es la micropolítica de los procesos cuidadores que conforman las modalidades de atención.

4. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Justificación personal: esta investigación es realizada como trabajo de Tesis requerido para la obtención del título Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, postgrado cursado desde el año 2008 al año 2010, período en el cual el autor se encontraba al frente de la Dirección de Salud Comunitaria de la Municipalidad de Trenque Lauquen. En la actualidad se percibe la tendencia biomédica, considerada como un conjunto de condiciones que constituyen obstáculos para un trabajo con la perspectiva de la APS integral. Para el autor esta situación significa una pérdida de las formas que se había conseguido de la estrategia APS, siempre tan declamada (y banalizada), y que la experiencia local llegó a mostrar que era posible avanzar en ella con su versión integral: talleres de plantas medicinales con recuperación de saberes tradicionales, diagnósticos barriales participativos, proyectos locales participativos (se realizaron tres hasta junio de 2010, luego ninguno más), escuela de payasos, huertas en dos CAPS, actividades informales con chicos de la calle, programa de atención domiciliaria para personas con movilidad disminuida, etc.

Por otra parte, las enseñanzas de los profesores Emerson Merhy, Tulio Franco y Gastón Campos, produjeron gran resonancia en quien suscribe, siguiendo a Spinoza, sus seminarios generaron afectaciones alegres de las más variadas (ver en Glosario 'encuentros afectivos'), cuestiones que no me habían pasado con otros profesores con miradas estructuralistas o interpretativas. En los encuentros con ellos el maestrando es agenciado, con muchas ganas de investigar, potenciado por la perspectiva de la multiplicidad, de la emancipación, y de la posibilidad de utilizar el enfoque cartográfico para conocer e intervenir en la micropolítica que está tras la expresión de la realidad, en ese plano de fuerzas que exige un investigador implicado y participante de la posibilidad de coproducción de cambios "no fascistas" en las situaciones del trabajo.

La cartografía, al operar con encuentros – acontecimientos, puede contribuir a producir cambios en los territorios existenciales de los sujetos, que además como trabajadores de la salud cuentan con la posibilidad del autogobierno de sus acciones, con potenciales capacidades de imprimir nuevas composiciones tecnológicas y nuevos sentidos a los actos productivos en salud.

Los profesores mencionados acercaron estos conocimientos y de alguna manera afectaron y cambiaron al maestrando, que luego de los seminarios pudo ver distinto, no

sólo cambiando las coordenadas de su lectura de la realidad, sino con una producción de deseo que lo motivó e impulsó a pensar que conocer es también ayudar a producir nuevas significaciones para el colectivo del trabajo.

b) Justificación académica: esta investigación contribuye a la ampliación de los objetos científicos que las instituciones académicas tradicionalmente utilizan para estudiar problemas sociales, como los de la salud.

La cartografía estudia procesos (como lo es el PSEA), y cualquier proceso de la producción social puede ser analizado mediante ella. Esta producción de conocimientos (de movimiento y de transformación), sólo se realiza cuando el investigador logra habitar o al menos conectar con el plano de génesis de los objetos de investigación, plano de intensidades y afectos configurados de forma inmanente con los encuentros - acontecimientos. La integración de este plano que Deleuze y Guattari denominan 'cuerpo sin órganos', le permite a la cartografía asir objetos como la subjetividad e intervenir sobre los procesos micropolíticos relacionados con los síntomas percibidos como problemas de la realidad (como el modelo biomédico en la atención de la salud).

Un trabajo de investigación que integra variables racionalistas (plano de organización) e inmanentistas (plano de consistencia), avanza con la complejidad de los objetos sociales, y adquiere relevancia para las ciencias de la salud.

c) Justificación social:

Para los trabajadores, los conocimientos de los procesos productivos en acto (en acontecimiento), pueden actuar como nuevos agenciamientos que operan la producción de sí y la significación del mundo, y en tanto actualización de la subjetividad, la posibilidad de intervenir en la producción de trabajadores con territorios existenciales "no fascistas".

Para los usuarios, la utilización de las herramientas cartográficas como la 'red de pedidos y de compromisos' y el 'flujograma analizador', y sus propuestas didácticas que llevan al trabajador a mirarse de lleno frente a su hacer con el usuario, lo ubican a este de forma central en los análisis. Es decir que las dinámicas investigativas generan distintas percepciones y reflexiones sobre el sentido del trabajo con el usuario en el centro del pensamiento del trabajo en salud.

Para el CAPS, esta investigación es una oportunidad de revisar "en acto" distintos aspectos de la organización que afectan a los sujetos del trabajo. Incorpora a

la gestión cotidiana saberes relevantes, al considerar los aspectos subjetivos e inmanentes de los procesos productivos del trabajo en salud. Por otra parte, su diseño constructivista contribuye al esquema de educación permanente que la DSC realiza periódicamente con los trabajadores, a partir de los saberes colectivos que se producen en las reflexiones y análisis. Además, de alguna forma (aunque no sea su objetivo primario), abre la posibilidad de utilizar estos saberes para la evaluación de los CAPS.

Para el Instituto de Salud Colectiva es desarrollar uno de sus cuerpos más identificados con la 'salud colectiva latinoamericana'. Este movimiento materializa su aporte social con una mirada crítica de los problemas de la realidad, y uno de sus objetos científicos más problematizados el *trabajo*. Pues bien, la cartografía tiene en este campo mucho potencial para desarrollar.

5. PROPÓSITO.

Describir y analizar el trabajo que se realiza en el cotidiano de los CAPS de la ciudad de Trenque Lauquen.

Contribuir al desarrollo de una organización de salud centrada en el usuario.

6. OBJETIVO GENERAL.

Caracterizar los procesos micropolíticos productivos del cuidado en los CAPS, sus modalidades de trabajo, y su contribución a las necesidades de salud del usuario.

6.1 Objetivos específicos.

1. Describir las prácticas de cuidado.
2. Analizar la micropolítica del cotidiano de los procesos de trabajo mediante utilización de la cartografía.
3. Distinguir la contribución de los procesos micropolíticos del trabajo a las necesidades de salud.

7. MARCO TEÓRICO.

7.1 Introducción.

Se realiza la búsqueda bibliográfica de antecedentes de investigaciones cualitativas que traten la micropolítica del cotidiano del trabajo.

Si bien son muy variadas las modalidades de investigación disponibles, las organizamos partiendo de la Tesis de Doctorado de Fábio de Oliveira, quien realiza una búsqueda y organización de las “Perspectivas psicosociales para el estudio del cotidiano del trabajo” (25).

Se puede resumir analíticamente de la siguiente manera; por un lado encontramos las ‘perspectivas psicosociales’ (analizadas por Fábio de Oliveira), y por otro lado las investigaciones de base empírica afiliadas a la ‘micropolítica del trabajo en salud’, con miradas más o menos esquizoanalíticas.

Respecto al primer grupo, De Oliveira nos ayuda a comprender los aportes de la ‘antropología del trabajo’ (26, 27), de la ‘ergología’ (28, 29) y de la ‘psicología social del trabajo’ (30, 31), al estudio del cotidiano laboral.

Este autor recorre las contribuciones de estas tres miradas, las analiza, y las pone en debate. Concluye que los tres campos reconocen que para conocer el ‘trabajo real’ (que se diferencia del ‘trabajo prescripto’):

a) debe valorarse el saber y la experiencia de los trabajadores;

b) debe reconocerse “la sensibilidad a las dimensiones de la micropolítica del cotidiano”⁸ (25), que ellos tienen;

[...] el trabajo es un espacio de producción intersubjetiva, en el cual lo simbólico hace la mediación entre personas y medio técnico; por eso, el foco está puesto en los procesos constructivos, esto es, en aquello que se produce en términos simbólicos (saberes colectivos, micropolítica) y materiales investidos simbólicamente (técnicas, formas de enfrentamiento de la realidad)⁹ (25 p.9).

⁸ Traducción libre del autor.

⁹ Traducción libre del autor.

De allí que las tres líneas se acerquen a sus objetos más para saber lo que piensan los trabajadores sobre el trabajo, que como especialistas en investigación del trabajo.

Sin embargo, entienden a la micropolítica como lo 'simbólico' puesto en juego, como las representaciones de los trabajadores, es decir la micropolítica estudiada desde afuera del sujeto.

Por otra parte, si bien reconocen la investigación como intervención, y dan valor a los "pequeños acontecimientos del día a día del trabajo" (25 p.10), con las tensiones micropolíticas que producen, lo hacen pensando que el análisis de esas dimensiones microscópicas del cotidiano puede dar conocimientos del trabajo en general. El que interviene (principalmente), es el investigador.

El investigador es el que revela la gestión que hace el trabajador en adecuar el trabajo a la ideología organizacional, haciéndolo posible de realizar; y las tensiones micropolíticas revelan las micronegociaciones que los trabajadores hacen resistiéndose a la dominación de la organización y sus normas.

Respecto al segundo grupo de investigaciones filiadas en la 'micropolítica del trabajo en salud', las mismas toman a la micropolítica desde el interior de los sujetos, desde un plano de inmanencia que contiene también la acción de la macropolítica, mostrando cómo la subjetividad es producida en el campo social, y es también operatoria de esa micropolítica que ya no es "política de pequeños grupos", sino un encuentro de fuerzas de lo macro y de lo micro, ambas en continua transformación (3).

Lo macropolítico de las normas actuando en la micropolítica del cotidiano, y la micropolítica del cotidiano produciendo las normas, una relación tipo 'cinta de moebius'.

El investigador (cartógrafo) participa como una más de las fuerzas micropolíticas donde se producen la realidad social, sus síntomas, y sus representaciones. Es decir que las representaciones son producidas micropolíticamente, y la micropolítica es también producida por efecto de ellas.

E. E. Merhy es uno de los pensadores latinoamericanos más importantes de la micropolítica de los procesos de trabajo en salud, sus más de 15 años de investigaciones en el tema lo hacen una referencia fundamental de este trabajo de investigación.

Su mirada de la micropolítica está marcada por su interés en contribuir a la capacidad de los colectivos del trabajo para protagonizar el cotidiano, como fuente de potencia de producción de vida, como una manera de comprender un “mundo” del trabajo ‘no fascista’ (32).

Cuando analiza los efectos del modelo biomédico hegemónico lo hace desde varias perspectivas (3): desde su estructuración en base a tecnologías duras y blandas duras (como máquinas y conocimientos especializados); desde la baja eficacia que genera en los servicios de salud (por la reducción que hace de los problemas al cuerpo anatómofisiológico o tan solo a sus síntomas); y desde los costos de salud, con un uso exacerbado de medicamentos y aparatología médica en cuanto a la real necesidad del usuario. Analiza que con el desarrollo de la industria tecnofarmacéutica se ha producido un verdadero fetiche de esas tecnologías, que se presentan en la subjetividad de los usuarios y trabajadores de la salud como signos de calidad de la asistencia que se brinda.

Un importante antecedente al tema del estudio de la micropolítica institucional y sus posibilidades de intervención lo realizan las distintas propuestas de ‘análisis institucional’, esta vez desde los intentos de modificar los procesos micro sociales de las instituciones, para cambiarlas. Mejía y Campuzano (33) en el artículo “Diferentes modelos en el análisis institucional. Revisión y evaluación crítica” hacen un repaso de las distintas líneas y sus aplicaciones. En todos los modelos se carece de una teoría acabada de las instituciones, y en el caso de las líneas psicoanalíticas tienen un problema epistemológico general por carecer de una teoría psicológica y sociológica de las organizaciones.

El campo del análisis institucional tuvo su apogeo en la décadas de los años 60 y 70, y aún hoy continúa en un debate abierto, encontrándose diferencias significativas entre cada línea de trabajo que por otro lado, no cuentan con un ejercicio profesionalizado: los del campo psicoanalítico lo realizan según su modelo de ejercicio liberal de la profesión, y los del campo socioanalítico lo hacen desde un rol de investigador universitario y militante político. En caso de una intervención institucional, difieren en los propósitos a lograr y en la metodología a utilizar.

Los autores identifican cuatro modelos:

a) la “psicología institucional” (Pichón Rivièrè, Bleger y Ulloa como fundadores), es el psicoanálisis aplicado a instituciones;

b) el “sociopsicoanálisis” (Gerard Mendel);

c) el “socioanálisis” (Lapassade y Lourau);

d) el “desarrollo organizacional”, una visión administrativa de las instituciones con criterios de productividad y eficiencia. Es una línea utilizada por los campos industriales y comerciales que busca optimizar la performance del capitalismo empresarial. La OMS lo ha utilizado en sus propuestas de optimizar el funcionamiento de los servicios de salud.

Las tres primeras corrientes implican un compromiso político del profesional analista, sus diferencias de objetivos y metodología pueden sintetizarse en:

a) la posición psicoanalista utiliza la técnica psicoanalítica aplicada a pequeños grupos (psicodinámica grupal), y espera provocar cambios sociales con la toma de conciencia, es decir de forma indirecta. Cuestión criticada por aquellos que le ven a esta modalidad una debilidad, a la hora de conducir a medidas concretas y directas (que los psicoanalistas se resisten, por considerarlas “recetas”). Tampoco los psicoanalistas le dan mucha importancia a los aspectos organizacionales.

b) la posición sociológica, orientada a la acción política directa, con el modelo del militante político (Lapassade), o un modelo de consultor (Lourau).

Sus antecedentes provienen de la psicoterapia institucional y la pedagogía institucional. La primera trabajaba en instituciones psiquiátricas con el supuesto que en el trabajo grupal, la actividad instituyente de los pacientes era el elemento propiamente terapéutico. Luego, ese pensamiento que colocaba la eficacia terapéutica en la autogestión de los pacientes (trastocando el lugar de poder del médico psiquiatra), es cambiado por la llegada del psicoanálisis al hospital. La nueva perspectiva concluye que “el agente terapéutico ya no es la actividad misma del paciente, sino el análisis realizado sobre dichas actividades” (33 p.7).

La base del dispositivo socioanalítico consiste en la desinstitucionalización, más o menos profunda, intentando construir una crisis de lo instituido, un quiebre de lo establecido, para desmontar su funcionamiento y estructuración. Para ello utiliza analizadores: “un analizador hace hablar a una institución, decir cosas que no son conversadas, aun estando allí, casi ocultas, pero que están sucediendo.” (como menciona Loreau, citado por Franco y Merhy en 34 p.182). Su campo de análisis son las implicaciones, que adquieren formas y sentidos específicos en las instituciones.

De este referencial teórico se nutren, como Merhy, otros pensadores de la Salud Colectiva y luchadores de la Reforma Sanitaria de Brasil. Podemos citar conceptos

provenientes del análisis institucional como transversalidad, implicaciones o analizadores (que luego la cartografía los convierte en Dispositivos).

Otra mirada de las organizaciones, que nos permite reflexionar, quizás con una ética antagónica a la del análisis institucional, la realiza Frederick Winslow Taylor.

Teniendo como “telón de fondo” las necesidades productivas del capitalismo industrial a fines de siglo XIX, Taylor elabora su famoso libro “Principios de administración científica”, en el que propone una división del trabajo entre: el trabajo intelectual de quienes piensan, deciden y planifican (los dirigentes), y el trabajo de ejecución de las tareas (el obrero), instalando una producción diferenciada de subjetividades, según se trate de trabajadores o de dirigentes: de los primeros se espera obediencia, habilidad, orden, allí opera la ley, la norma, el miedo, el culto del buen comportamiento, la adulación, el servilismo, la renuncia al propio deseo e interés, el silencio y la aceptación del cotidiano sin cambios, y de los segundos, el emprendimiento, la iniciativa, la creatividad, la audacia, el culto a la libertad, el dominio del arte de comandar y de hacer política (22).

Para estudiar los procesos de trabajo aplica criterios objetivos (“científicos”), por ejemplo, utiliza un cronómetro para medir los tiempos en que se realiza cada tarea específica en la cadena productiva, buscando eliminar los movimientos inútiles del obrero y establecer el tiempo necesario (mínimo) para cada tarea. Con esta idea el trabajador es reducido a una máquina, y para que ésta funcione bien no debe pensar (y menos ejercer el mínimo de autonomía en el trabajo).

En la actualidad sigue siendo dominante la influencia de la ‘administración científica del trabajo’ en el campo de la gestión (aún en el campo de la salud), encontrándose la disciplina y el control como eje central de todas las escuelas que le sucedieron: fordismo, recursos humanos, estructuralista, calidad total, etc. (22); a este eje conformador Gastón Wagner de Souza Campos lo denomina ‘racionalidad gerencial hegemónica’.

Este autor del campo de la salud (cuya naturaleza exige procesos poco factible de mecanizar), parte de una crítica al pensamiento de Taylor y propone un método que reflexiona a partir de una directriz “anti Taylor”, que denomina Paideia. Un método elaborado para analizar y cogestionar instituciones (actualmente implementado en varios centros asistenciales de Brasil).

Los objetivos del método de apoyo Paideia son el fortalecimiento de los sujetos y la construcción de democracia institucional, ampliando la capacidad de análisis y de intervención de los sujetos y los grupos. El autor parte de la idea que la gestión es una tarea colectiva y no sólo de la cúpula gubernamental, y que el ejercicio del co-gobierno depende de la existencia de 'espacios colectivos para la producción', entendidos como "lugares y tiempos a través de los cuales los grupos, de hecho, pueden intervenir en los sistemas productivos." (22 p.21).

El 'espacio colectivo' se considera un lugar para la reflexión crítica, de producción de subjetividad y de constitución de sujetos, y su inexistencia (o la existencia tan sólo formal), es un indicador de alienación del trabajador, que pierde el sentido cuidador del trabajo (22).

Con esta contribución Gastón Campos amplifica el tradicional pensamiento de la gestión y la planificación de las instituciones de salud, a la finalidad de producir actos cuidadores (valores de uso), le incorpora con igual importancia la gestión del trabajo para la constitución y realización de los trabajadores: financiera, profesional y personal (deseos, intereses, necesidades). A esta segunda dimensión la denomina "factor Paideia".

Plantea un co-gobierno que cumpliría con tres funciones básicas: la de administrar la producción de los bienes y servicios de salud; la de cogestionar, como una manera de alterar las relaciones de poder hacia una democratización de los servicios; y la pedagógica y terapéutica, por la potencia de la cogestión para influir sobre la producción de subjetividad (factor Paideia). Para el autor, con la gestión participativa no sólo se producen efectos políticos o administrativos, sino también efectos pedagógicos y subjetivos.

Con el concepto básico de 'colectivo organizado para la producción' corre el eje del análisis, hasta ahora centrado en la 'administración científica de la organización':

Los colectivos organizados son agrupamientos que tienen como objetivo y como tarea la producción de algún bien o servicio y que, en alguna medida, consiguen analizar y deliberar sobre el trabajo. No hay colectivo organizado sin algún grado de cogestión. (3 p.183)

De este modo, la generación de 'espacios colectivos para la producción' ofrece una alternativa cogestiva relativamente horizontal, sin necesidad de crear espacios especiales para que un analista institucional lidie con el deseo, los intereses, los conflictos, las resistencias y los no dichos de los sujetos de la organización. Además,

estos espacios interdisciplinarios para cogobernar utilizan como insumos la propia vivencia de los trabajadores con los problemas concretos de sus procesos de trabajo.

Como recomendaba Paulo Freire: se aprende mejor y con mayor profundidad cuando el objeto de estudio coincide con objetos vinculados a la existencia concreta de los sujetos (22 p.99)

7.2 El trabajo en salud.

Como se ha mencionado, los principios de 'administración científica del trabajo' estudiados por Taylor para la organización de la industria fabril fueron trasladados cuasi mecánicamente a las organizaciones de salud. Y por más que los trabajadores del campo de la salud siempre tuvieron y tienen grandes cuotas de autogobierno en sus procesos de trabajo, aún hoy continúa siendo el pensamiento del control y la disciplina el dominante, en la organización y gestión de las instituciones de salud.

En el taylorismo hay una necesidad de conservar alienada a la mayoría de los trabajadores, constituyendo 'sujetos seriales'. Con este concepto Sartre se refiere a sujetos con pequeño coeficiente de autonomía frente a los condicionantes y determinantes externos a ellos, y por lo tanto, tendientes a comportamientos repetitivos.

En la dinámica del mercado capitalista reducir la capacidad de reflexión y de autonomía de los sujetos involucrados en el proceso productivo es muy conveniente, la eficiencia será máxima si los trabajadores utilizan una racionalidad instrumental que los haga actuar como máquina (para Taylor si no se gobiernan a los trabajadores son ellos los que "inventan" la organización).

Según Campos, la separación del trabajador y su trabajo genera una alienación que funciona como instrumento de naturalización de la dominación (22). Al trabajador no le resulta posible participar en la gestión cotidiana y pierde el sentido del trabajo, mecanizándose.

Los 'espacios colectivos' en el trabajo de salud son una posibilidad de desarrollar, contrario a la 'racionalidad instrumental', una praxis en salud. Un espacio - encuentro en que el trabajador piensa su trabajo, reflexiona, incorpora la humanidad en la comprensión y la acción sobre los problemas del trabajo, singulariza su cuidado.

La co-gestión realizada en espacios colectivos es un camino para la democratización y para la progresiva desalienación de la mayoría" (22 p.21).

Cuando el trabajador actúa sobre un problema lo hace con su 'núcleo profesional específico' (médico, enfermero, psicólogo, etc.), sin embargo también lo hace con su 'núcleo cuidador' (procesos relacionales, tecnologías blandas de los encuentros del cuidado) (3).

La organización del trabajo de la institución biomédica en especialidades trae la idea del trabajo organizado en responsabilidades parceladas, según los núcleos profesionales específicos por problema, cuestión relacionada con lo que distingue y a su vez separa a los trabajadores unos de otros, por sus roles específicos establecidos.

Esta idea de organización mecanicista, fragmentada, propio de los moldes tayloristas (35), contrasta con el hecho que el trabajo en salud es altamente comunicativo e interdependiente (18, 36). Para materializar el cuidado nunca se es autosuficiente, y siempre se necesita la acción compartida de otros: trabajadores, también usuarios, autoridades institucionales y otros actores sociales. Es de esa interacción que se va configurando cierta micropolítica de los encuentros del trabajo.

E. E. Merhy expone 17 tesis sobre las teorías del trabajo y las tecnologías de producción del cuidado, donde la micropolítica del 'trabajo vivo en acto' (TVA) es el elemento central de las mismas (7). El TVA es el momento del trabajo en sí, del encuentro, de la acción, ubicado en un espacio relacional fuertemente subjetivante. Una característica importante del TVA es la gran libertad con que cuenta para producir los actos cuidadores, que otorga al trabajador una alta potencialidad instituyente de su propio trabajo. Es su autonomía la que le posibilita el autogobierno en su producción de cuidado, y por añadidura, la posibilidad de subvertir el orden y la norma, construyendo 'líneas de fuga' (ver Glosario), en el que pueda desempeñarse con mayores grados de libertad, mostrando su potencia creadora, capaz de encontrar nuevos territorios de significaciones que dan sentido a su producción del cuidado.

En la acción micropolítica del TVA, los sujetos involucrados despliegan estrategias y tecnologías para imponer las significaciones y los sentidos del cuidado (capturas). Este es un momento relacional abierto a la disputa de variadas lógicas sociales, las cuales buscan concretar ciertos intereses e impedir otros:

a) cuando el usuario como sujeto de acción (nunca objeto), intenta capturar el “mundo” del cuidador para imponer sus necesidades y expectativas, con una imagen más o menos elaborada de un propio proyecto terapéutico;

b) cuando el ‘trabajo muerto’, representado por la aparatología del complejo médico industrial, captura al ‘trabajo vivo’ del profesional;

c) cuando el contexto organizacional de la ‘racionalidad gerencial hegemónica’ (22) captura el proceso de trabajo con normativas que hegemonizan el funcionamiento de los servicios de salud, etc., etc.

A estas capturas del TVA, que se dan en términos de ‘relaciones intercesoras’ (muy subjetivantes), se le oponen al mismo tiempo la intencionalidad deseante del trabajador y su capacidad de trabajar con lógicas muy propias, siendo capaz de hacer ‘fugas’, y encontrar nuevos territorios de significaciones que le dan sentido a su producción del cuidado.

En este modo de capturar o incorporar, el TVA opera como una máquina de guerra política, demarcando territorios de interés y defendiéndolos, y como una máquina deseadora, valorando y construyendo un mundo para sí (dentro de cierta ofensiva libidinal). (7 p.35).

El cotidiano del trabajo es un proceso de encuentros abiertos a las posibilidades de la sorpresa, como situaciones no previsibles, que nos incomodan y nos obligan a inventar nuevos pensamientos, y a vivir nuevas maneras de mirar las situaciones. Son estos encuentros – acontecimientos los que producen las ‘relaciones intercesoras’ (3). Este ‘concepto herramienta’ de Deleuze¹⁰ nos da la posibilidad de comprender el encuentro como un acontecimiento que produce afecciones en los sujetos (en Glosario: ‘encuentros afectivos’), con efectos-subjetivaciones que pueden persistir en forma de nuevas subjetividades, luego del momento del encuentro.

Intercesor es la idea que en el encuentro hay fuerzas de distintos planes, que intervienen en los procesos subjetivantes, y por lo tanto en la capacidad de significación de los sujetos. Por ejemplo para Deleuze, Guattari fue un importante intercesor, le

¹⁰ Para Deleuze la filosofía es la disciplina de crear conceptos. Conceptos como un acto del pensamiento y no como una proposición. “Mediante conceptos, la filosofía hace surgir acontecimientos” (37 p171). Los conceptos de la filosofía deben servir para intervenir sobre los problemas de la realidad (‘conceptos herramientas’), que nos permiten conocer hacer.

llevaba a inventar nuevos pensamientos. También hacemos intercesión con cosas, como un cuadro, una obra de arte, un resultado de laboratorio, etc., si es que nos afecta.

Ahora bien, ¿qué pasa en los sujetos? Cuando un encuentro produce un acontecimiento es posible:

a) que las afecciones encuentren una subjetividad inscrita en un territorio identitario fijo, fuertemente estructurado, de forma tal que cuando es afectado sucede control del acontecimiento y una reafirmación del territorio existencial del sujeto, que continúa sin modificaciones;

b) que las afecciones acontecimentales produzcan fugas, cambios en los territorios existenciales de los trabajadores, hacia otros sentidos y significaciones del trabajo.

En estos procesos juega la capacidad de dominación del acontecimiento, en el que tenemos que ejercer un poder sobre el otro [que no es siempre posible en la 'red de poder' (9)], y un acontecimiento puede desplazarnos de manera brutal (3).

En esta línea, el cotidiano es un riesgo para nuestro territorio identitario, ya que los acontecimientos del cotidiano nos determinan una producción abierta y permanente de nuevos sentidos del existir, en la 'multiplicidad' (21).

La producción inmanente de acontecimientos del TVA, además de la posibilidad de subjetivaciones, también produce en los sujetos otras expresividades en acto:

a) narrativas en acto, que para Merhy, tomándolo de Foucault, constituyen una producción de sí, en acontecimiento;

b) ejercicio del poder (poder sobre otro o poder con otro);

c) nuevos pensamientos;

d) nuevas visibilidades;

e) aprendizaje;

f) efectos terapéuticos, al aumentar o disminuir la potencia de los sujetos en su relación con los problemas de salud (4). Esto último revela la importancia de cómo se plantea el encuentro cuidador, ya que todo encuentro produce efectos en el usuario, pudiendo repercutir en sus posibilidades de recuperar la salud y en su autonomía, como sujeto protagonista de su "forma de andar en la vida"; elegida por el usuario (5, 7). En el accionar de los trabajadores, lo sepan o no, siempre ponen en ejercicio tanto una clínica del 'cuerpo anátomo-fisiológico' como una clínica del 'cuerpo afectivo' (4).

La mirada en los acontecimientos del cotidiano es relevante para esta investigación, que busca conocer cómo funciona la micropolítica a partir de lo que “se hace”. En los acontecimientos las representaciones del mundo que cada uno tiene elaboradas quedan de lado, y por momentos podemos acceder a ese plano productivo de los sujetos y de su subjetividad.

7.2.1 Las redes en la micropolítica del trabajo en salud.

En el trabajo en salud podemos encontrar dos tipos de redes: las normativas, de las leyes y reglas institucionales, que son redes frías, de baja intensidad, y las rizomáticas, redes calientes, de alta conectividad. La identificación de redes rizomáticas tiene su origen en ‘Rizoma’, la Introducción del libro “Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia” (21), de Deleuze y Guattari, allí utilizan esta figura tomada de la botánica para referirse a una propuesta teórica y operativa de producción de la realidad social, que genera y constituye toda una línea de pensamiento con derivaciones y aplicaciones en la investigación, evaluación y análisis de las organizaciones y el trabajo en salud.

Esta metáfora, oriunda de la biología (las raíces de los lirios son rizoma, por ej.), describe sistemas acentrados, abiertos e hiperconectados, que transitan el medio social a través de ‘agenciamientos’ diversos (en Glosario: ‘agenciamiento’). Un rizoma está constituido por mesetas que son los encuentros afectivos - expresivos, como plataformas de producción subjetiva del medio social.

Los agenciamientos presuponen dinámicas de afectaciones subjetivas con las cuales se producen nuevas formaciones relacionales a partir de múltiples conexiones y flujos, construidos en procesos que crean líneas de contacto entre los sujetos. Los agenciamientos son la fuente de creación de la realidad, la unidad productiva de la construcción del medio social donde cada uno está inserto.

Haciendo conexión con Spinoza, la imagen de líneas rizomáticas de flujos circulantes en los procesos de trabajo en salud configuran “líneas de vida” o “líneas de muerte”, según si el encuentro de afectos produce en un cuerpo alegría (aumento de la fuerza de existir), libertad, acogimiento, autonomía, o bien un modo de actuar que se manifieste de forma acotada, burocrática, produciendo insatisfacción, tristeza (22 p.12).

Escribió Foucault:

Deleuze y Guattari luchan contra tres grandes enemigos: 1) los burócratas de la revolución y los funcionarios de la verdad; 2) los técnicos del deseo (psicoanalistas y semiólogos); 3) el mayor enemigo, el adversario estratégico: el fascismo. No sólo el de Hitler o Mussolini, sino el que está en nosotros, en nuestros espíritus, en nuestras conductas (38)

He allí el sentido eticopolítico ontogenético y fundante de la cartografía.

T. B. Franco (3), otro importante pensador brasileño y referencia de esta investigación, nos ayuda a sintetizar las características de la red rizomática cuando opera la micropolítica del TVA:

a) conexiones multidireccionales y flujos continuos, inmanentes: cualquier punto de la red puede conectarse con otro, sin jerarquía ni dirección determinada para esos flujos. Es una red que no modeliza ni serializa las prácticas en salud, trata a cada caso como una nueva producción de cuidado, singular, con una alteridad que no deja de acontecer, con novedades que requieren la creatividad del trabajador, creando en todo momento nuevos flujos que se forman en cierto sentido, competentes en una línea de cuidado y expresión de un proyecto terapéutico singular, en construcción;

b) ruptura y no ruptura: como los flujos son inmanentes, cuando la red se rompe consigue recomponerse en otro lugar, rehaciéndose. Un obstáculo en un lugar puede dar lugar a líneas de fuga con nuevos encuentros y con otros sentidos no previstos anteriormente, mostrando la alta capacidad de las redes rizomáticas de producirse a sí mismas, o mejor, de crear, de innovar, de producir rupturas con su autogobierno, y por lo tanto, cuentan con potencialidades instituyentes de los modos de cuidado;

c) heterogeneidad: Una red rizomática supone la posibilidad de conectarse con lo diferente. El campo de la salud es de por sí, heterogéneo, poroso, permeado por relaciones de poder, por implicaciones y sobreimplicaciones de distintas naturaleza, atravesado por distintas lógicas operativas. Diferentes sistemas sociales de producción de subjetivaciones se encuentran expresándose en el mundo de la vida, como diferentes modos de comprender la realidad y de actuar en ella, produciendo una 'política de la existencia';

d) multiplicidad y variación continua: Las redes rizomáticas rompen con la idea de uno, una dirección, un sujeto, una identidad, una directriz, etc., todos articulan con lo múltiple. Supone soportar diversas lógicas, entre ellas las determinadas por las representaciones simbólicas y de la subjetividad que componen la singularidad de los

sujetos en acto. Es decir que no hay un sujeto, sino singularidades, algo parecido a la idea que “uno” son “muchos” o “uno de los posibles”. Un sujeto es una multiplicidad y en su devenir distintas singularidades van expresándose, producto de los encuentros afectivos con otros cuerpos;

La noción de unidad sólo aparece cuando se produce en una multiplicidad una toma del poder por el significante, o un proceso correspondiente de subjetivación (21).

e) autoanálisis: El autoanálisis es posible por ser los propios trabajadores quienes gobiernan la gestión de las redes de producción de salud, sostenido básicamente por el alto grado de libertad y de creatividad del TVA.

Este carácter autogestionario hace que cualquier miembro del equipo pueda disparar “líneas de cuidado” en diferentes direcciones, promoviendo un control autorreferenciado a partir de ahí. Esta característica de las redes rizomáticas es relevante para esta investigación, que busca desafiar a los trabajadores a una mirada analítica de sí mismos, teniendo el carácter autoanalítico y autogestionario del TVA como plataforma de producción de conocimientos.

Y ese conocimiento de sí, situado en la realidad en la que está inserto, le da una posibilidad potente de intervenir sobre su mundo, que puede estar asociados a la construcción de otra realidad, “no fascista”: la realidad de la simetría en la diferencia, de la alteridad.

El autoanálisis puede inhibir la posibilidad de capturas de esas redes por intereses de la ‘mismidad’ burocrática (distantes a las necesidades de la ‘alteridad’), también puede ejercer esa función con producciones subjetivantes que valorizan su propio conocimiento, sus iniciativas y su actividad creativa, llevando a esos colectivos a otros territorios existenciales. Estas posibilidades son dependientes de los sujetos y las singularidades que logren operar esas redes.

Ese conocimiento de sí, contextualizado en la realidad en la cual el sujeto está inserto, le dá a él la potencia para poder intervenir sobre el mundo para la realización de sus deseos, que pueden estar asociados a la construcción de una realidad, que sea de producción de servicios solidarios, acogedores, que establezcan vínculos y se responsabilicen por los usuarios. (3 p.226)¹¹

¹¹ Traducción libre del autor.

f) principio de cartografía: la micropolítica de los procesos de trabajo puede ser tomada como un mapa de relaciones en constante producción, como un proceso de experimentación continuo, capaz de crear nuevas coordenadas de interpretación de la realidad con la permanente ruptura de los equilibrios establecidos.

7.3 La caja de herramientas.

La 'caja de herramientas' es un 'concepto herramienta' de Deleuze, utilizada por E. E. Merhy para pensar, analizar y evaluar el trabajo en salud. Para este autor, cuando el trabajador actúa en el encuentro cuidador, lo hace utilizando una caja de herramientas tecnológicas (7). La caja muestra las tecnologías puestas en acción, incluyendo como tecnológico a cualquier ente que participe en la producción de cosas y en un sentido bien amplio: objetos materiales, simbólicos y subjetivos.

Más allá de la tradicional concepción de aparatos materiales, como tecnologías incluye principalmente a los conocimientos utilizados para la producción y para la organización de las acciones humanas en esos procesos productivos.

Todo objeto para actuar como tecnología tiene que estar ubicado en una cadena productiva definida y dirigida a ciertos valores de uso; es decir, ubicado en actos productivos: los conocimientos, lo simbólico y la subjetividad, al igual que lo material, son tecnologías cuando son utilizadas en la producción, como acciones de cuidado.

Merhy clasifica las tecnologías utilizadas en los procesos salud/enfermedad/atención/cuidado en (3):

a) duras: es el "maletín" vinculado a las manos del trabajador, son los equipamientos tecnológicos, las normas instituidas, las estructuras organizacionales rígidas, que participan en las respuestas de salud;

b) blandas-duras: es el "maletín" que está en la mente del trabajador, son los saberes bien estructurados como la epidemiología, la clínica médica / psicoanalítica, el "taylorismo", etc.;

c) blandas: son las que participan en la producción de vínculos, relaciones para la autonomía, el acogimiento, la gestión de gobernar procesos humanos. Es el "maletín" de las relaciones.

Las tecnologías que más frecuentemente intervienen en la producción de encuentros del trabajo en salud, son las blandas y blandas duras.

Para el autor, el TVA opera con tecnologías blandas en dos planos, por un lado, como un cierto modo de gobernar organizaciones, de dirigir procesos, construyendo sus objetos, y por el otro como una cierta manera de actuar en las relaciones, en la producción del cuidado (7).

Cuando el trabajador opera el encuentro con la alteridad, los organizadores iniciales de sus acciones son los campos simbólicos accesados por él y su subjetividad. Tanto el plano simbólico como el subjetivo aplicados a la producción de cuidado son constitutivos de tecnologías más relacionales, lo simbólico perteneciendo al mundo del conocer: saberes, cultura, valores, historia, lenguaje, etc., y la subjetividad perteneciendo al mundo del ser, impulsando su acción deseante, expresiones de un territorio existencial que se presenta repleto de significaciones para el sujeto trabajador, y por lo tanto extremadamente expresiva en la producción del *socius* (3, 7).

Cada una de las 'cajas de herramientas' puesta en juego por cada trabajador cuenta con una configuración tecnológica específica en la acción productiva, y sus arreglos tecnológicos pueden observarse y caracterizarse.

Merhy y Franco aseguran que estudiando los modos tecnológicos presentes en la intercesión compartida de los encuentros se pueden analizar estratégicamente los procesos de trabajo. Investigar esto es relevante para esta Tesis, por la importancia que tienen los arreglos tecnológicos en la producción de subjetivaciones. Es decir que la 'caja de herramientas' en acción configura un poderoso territorio de subjetivación con efectos en las modalidades del cuidado.

Además, los arreglos tecnológicos visibilizan un sentido ético y político de las acciones de salud: más o menos autonomizante, más o menos biomédico, por qué lógica está capturado, etc.

Con los arreglos tecnológicos los trabajadores de la salud subjetivan y se subjetivan, pueden conducir al colectivo, por ejemplo, a cierto tipo de comportamientos. Se configura así un mecanismo de elaboración de una disciplinarización normalizadora del comportamiento (39).

7.3.1 La biopolítica y la caja de herramientas.

Como se dijo, la 'caja de herramientas' con sus arreglos tecnológicos configura un sentido ético político del accionar cuidador, como contribución a un tipo de biopolítica (39).

Para Foucault, entre los siglos XVII y XIX se construyen dos grandes tecnologías del ejercicio del poder:

-la anatomopolítica, que es un disciplinamiento que se hace sobre el sujeto individual, funcional al sistema capitalista. Son políticas de regulación de los cuerpos, para "vigilar y controlar" (escuela, prisión, etc.);

-la biopolítica, que son las distintas políticas de regulación sobre la vida colectiva.

Se construyen distintos tipos de biopolíticas: biopolíticas en las que se tiene el control absoluto de la vida del otro (como en el manicomio), biopolíticas en las que no se tiene el control absoluto del otro pero se interviene en la manera de cómo el otro comprende el vivir (la clínica médica, la salud pública), y hay biopolíticas que permiten construir en el otro mayor poder de decisión y autonomía para producir su vida. Merhy habla de biopotencias en este último ejemplo: cuando la biopolítica coloca la posibilidad de producir subjetivaciones que ofrecen capacidad de autonomía, de decisión, de deseo del sujeto, de conducir redes sociales.

Hay que comprender las lógicas de esas biopolíticas. Algunas de ellas, que se encuentran atravesando la caja de herramientas de los trabajadores, son originadas por el capitalismo, que dedica buena parte de su proceso productivo a la producción de subjetividades para "sujetarlas", como un producto intermedio que coloniza a todos los seres, convirtiéndolos en consumidores deseosos de serlo.

Las biopolíticas que reproducen el modelo biomédico contribuyen al consumo de productos del "complejo médico industrial", muy interiorizado en los 'sujetos sujetos' (este es un 'concepto herramienta' de Guattari, que hace una conceptualización entre sujeto sometido y sujeto no sometido, todo efectos de biopolíticas).

Las fuerzas sociales que hoy administran el capitalismo, [...] han entendido que la producción de subjetividad tal vez sea más importante que cualquier tipo de producción, más esencial que el petróleo y la energía. (32 p.40).

Los Estados y los grandes intereses económicos también construyen biopolíticas por necesidades de control sobre las poblaciones, a través de su salud, longevidad, natalidad, reproducción, etc. con lógicas no siempre evidentes (40).

7.4 El poder y la micropolítica.

Foucault define a la sociedad como una red de relaciones de poder. Todos estamos en una situación de poder y lo que interesa saber es cómo operan mallas de poder (en un grupo, etc.), es decir cómo cada uno en la red del poder lo ejerce de nuevo, cómo lo conserva, cómo él impacta en los demás, etc. (14). El poder conforma una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social. De allí Merhy toma una categoría analítica que es 'poder sobre' o 'poder con', haciendo referencia a cómo se utiliza el poder: si para dominar a otro, o para hacer colectivamente con el otro.

Para Foucault el sujeto es un efecto del poder, como lo es el conocimiento, que es construido, determinado por luchas que subyacen al entramado social de poder.

En este campo múltiple y dinámico de relaciones de fuerza, se "producen" o "crean" dispositivos asociados a prácticas sociales, saberes y sujetos.

7.5 El dispositivo.

Foucault define al dispositivo como:

Un conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. Un dispositivo es una red que se puede establecer entre esos elementos. (11 p.77)¹²

Para este pensador los sujetos son un efecto del poder, y un dispositivo está relacionado con lo que agencia en las redes sociales de poder, su función está dada por las relaciones que se establecen entre sus elementos, y que responden a una urgencia, revelada por su función estratégica o dominante.

En cambio Deleuze describe al dispositivo compuesto por líneas que forman un ovillo, un conjunto multilinear de distinta naturaleza, destacando cuatro tipos de líneas: de visibilidad, de enunciación, de fuerza y de subjetivación. Las líneas forman regiones con lo que se ve y campos de enunciaciones con lo que se dice, las líneas de fuerza (aquí destaca la dimensión del saber poder) llevan a las palabras y las cosas a la lucha

¹² Traducción libre del autor.

incesante por su afirmación. Esas líneas pasan por todos los puntos del dispositivo y nos llevan a estar en medio de ellas todo el tiempo. Y también un dispositivo está compuesto por líneas de subjetivación, líneas que inventan modos de existir.

Para Deleuze los dispositivos son “máquinas” cuyas funciones principales son hacer ver y hablar.

Baremblyt conceptualiza al dispositivo como agenciamiento, lo define como: el montaje heurístico-experimental mínimo por excelencia de la cartografía. Su naturaleza puede ser de las más variadas, predominantemente política, científica, filosófica, artística, religiosa, mística, etc. aunque siempre tengan todas esas dimensiones concomitantemente (41). Para este autor, cuando un dispositivo funciona quiere decir que inventa y procesa lo que puede (y es capaz de) aportar a la causa, momento productivo en el que hay que preocuparse más de lo que “funciona”, potenciándolo, de lo que no. Está armado con la idea de generar acontecimientos y devenires que:

son lo nuevo absoluto y, aunque de maneras harto diversas, generan efectos-resultados de invención productivo deseantes. [...] una insólita Individuación (un devenir-acontecimiento-sentido) nuevo absoluto singular, producido entre, los, digamos, entes participantes, en un espacio intensivo y en un tiempo aiónico y dotado de potencias, funcionamientos, atributos y propiedades hasta el momento desconocidas (41 p.297).

Para Baremblyt el inconsciente que es pura producción deseante, se produce a sí mismo en los dispositivos, que tienen como objetivo la actualización de lo virtual.

Para el autor todo objeto y toda entidad subjetivante tiene dos mitades, una virtual y otra existencial. De su mitad virtual es que existe un insistente potencial de actualización que puede cambiar lo que se presenta como las formas de la realidad. En esta perspectiva el dispositivo es una ‘unidad de producción de inconscientes’, y por lo tanto (si funciona), de deseos. Y puede ser construido por una investigación cartográfica o no, formando parte del funcionamiento de la realidad.

Cada dispositivo genera un devenir-subjetivación, produce un devenir singular que es individual y colectivo. El encuentro de las subjetivaciones y las subjetividades pueden promover la mutación, o a la inversa, entorpecerla; no se puede predecir un sentido único. Tampoco se puede predecir el sentido ético que pueda efectuar una ‘línea de fuga’ (41).

Como ya se mencionó, un 'analizador' es un concepto táctico y estratégico originario del campo del análisis institucional. Investigadores como F. Guattari y militantes políticos del movimiento institucionalista lo construyeron con la idea de producir quiebres en lo instituido, su estrategia es desocultar lo que está en lo que llamaban "cajas negras" de las instituciones. No todo analizador es un dispositivo, aunque un analizador puede funcionar como dispositivo si logra producir agenciamientos (dinámicas de afectaciones subjetivas) y es este el tipo de analizador que interesa a la investigación cartográfica. Que al instrumentarlo produzca efectos que tensionen, movilicen, inventen, produzcan nuevas conexiones.

En este sentido, el analizador-dispositivo es aliado del investigador, que lo pone en funcionamiento y debe acompañar sus efectos para conocer la micropolítica donde se inserta. Un dispositivo puede contener otros dispositivos específicos que posibilitan su operación (su potencia de hacer ver, de hacer hablar y de establecer relaciones). Lo que hace valioso a un dispositivo para la investigación intervención es su capacidad de irrupción en aquello que se encuentra bloqueado para la creación y la libertad, deshaciendo los códigos que dan a todo el mismo sentido, transversalizando.

7.6 La Subjetividad.

Guattari y Rolnik en el texto "Micropolítica. Cartografías del deseo", hacen referencia sobre la existencia de una subjetividad en producción inmanente: "una subjetividad de naturaleza industrial, maquinica, eso es, esencialmente fabricada, modelada, recibida, consumida" (32 p.39).

La subjetividad colectiva tiene su expresión en un individuo, que existe en posición "terminal" (32), como un consumidor de subjetividad que a su vez construye la suya en un permanente proceso de 'individuación subjetiva' (11). La misma está en circulación en grupos de diferentes tamaños, y es asumida (vvida, procesada) por los individuos en sus existencias singulares de diferente manera, desde el extremo de una relación de alienación y opresión (en la cual el individuo se somete a la subjetividad tal como la recibe, mecánicamente), hasta una relación de expresión y de creación, en la cual el individuo se reapropia de los componentes de la subjetividad, produciendo un 'proceso de singularización subjetiva'. En él se frustran los mecanismos de

interiorización de la subjetividad colectiva (por ejemplo capitalista, occidental y cristiana, biomédica, etc.), creando sus propios modos de referencia (32).

Foucault utiliza los conceptos subjetividad y subjetivación cuando reflexiona sobre los territorios existenciales, observando que hay existencias que parecen aprisionadas en un territorio identitario. Para el autor hay territorios existenciales que están muy capturados, que se comportan como repeticiones o reproducciones identitarias (subjetividad), y hay otros territorios que están abiertos, como apuntando a una situación de producción de nuevos sentidos de existir (subjetivación).

Los territorios existenciales viven en una tensión permanente entre reproducirse y construir una fuga, y cuando esto sucede se puede construir otro territorio identitario en el que también puede ocurrir otra fuga, para una existencia de otro tipo, con otros sentidos.

Para Guattari y Rolnik los procesos de subjetivación implican “máquinas de expresión”, que pueden ser tanto de naturaleza extra-personal: medios de comunicación de masas, sistemas económicos, icónicos, sociales, etc. como de naturaleza personal: sistemas de afectos, de representaciones, de sensibilidad, de percepción, de imagen, de valor, sistemas corporales, etc. Los agenciamientos de enunciación logran poner en conexión esas diferentes instancias, y en su continua actualización, cambia la significación de los procesos de trabajo (32).

Un modo de producción del cuidado que opera por flujos de intensidad, mediados por las tecnologías del trabajo, produce y es producido al menos por dos grandes vectores de construcción de la realidad: el primero, se refiere a la producción de subjetividades presentes en ese contexto, la semiotización de los flujos que los carga de significados. El segundo, los afectos entre los sujetos, o sea, al producir el mundo del cuidado en salud, se producen a sí mismos y se afectan mutuamente, lo que les va imprimiendo una cierta identidad subjetiva, en la alteridad (34 p.184)

Y encontramos evidencias sobre la producción subjetiva del cuidado(r) en el ensayo “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado” de T. B. Franco y E. E. Merhy (36). Allí los autores encuentran que la subjetividad se manifiesta en tres planos: a) en la producción de redes rizomáticas de cuidado, que conectan de forma singular a los trabajadores con el ambiente; b) en el deseo, impulsando la producción subjetiva de la realidad social vía agenciamientos; y c) en el ‘trabajo vivo en acto’, actuando como plataforma donde se producen las redes de cuidado (como eje de tensión productiva).

Según los autores, la subjetividad como fuente de significación actúa en la construcción del *socius* laboral y en la producción de la realidad social (y sus síntomas), considerándola un concepto operatorio, por las expresividades / afectaciones que su accionar genera. A su vez, la subjetividad es una producción social e histórica consecuencia de la experiencia de la vida social, es producida principalmente por agenciamientos colectivos de enunciación (32), procesos que no son en absoluto conscientes sino efectos de los “encuentros de enunciación” entre sujetos (como cuerpos afectivos).

Así, entre la subjetividad y el campo social hay una relación en “Cinta de Moebius”, donde no hay distinción radical entre los términos, sino que son continuos: la subjetividad es actualizada, producida por la experiencia social, y es a su vez -la subjetividad-, operatoria en la construcción del campo social, todo en una sola superficie, sin afuera y adentro, una en la otra.

7.6.1 Los territorios existenciales.

El trabajo en salud que cada trabajador realiza se produce circunscripto a un determinado ‘territorio existencial’ que opera con un referencial ético-político, como un modo de ser en el “mundo” (que el trabajador adopta).

El territorio existencial es singular para cada uno y lo define como su forma de significar e interactuar con el mundo, encontrándose inscripto como un efecto del ambiente subjetivo en sus modalidades de cuidado (11).

Es decir que en el trabajo en salud hay una confluencia de territorios existenciales singulares donde cada uno presupone un tipo de cuidado inscripto en un universo como una ética a ser construida.

A partir de fuerzas de “afuera” se puede desestabilizar un territorio existencial conocido y cambiar a otro. Estas fuerzas, cuando entran en contacto con la subjetividad, aumentan la impresión de extrañeza del mundo y conducen a rupturas de sentido. Según Rolnik, esas rupturas de sentido ocurren cuando la subjetividad de un individuo es lanzada a la procesualidad de la vida y se ve forzada a recorrer nuevos caminos vía agenciamientos productivos, a habitar nuevas formas de vivir (11).

Es decir que la desterritorialización consiste en romper con el lugar de origen y adoptar nuevos territorios existenciales, ética y políticamente identificados con la producción de una nueva realidad social (o un nuevo cuidado).

La producción subjetiva de la realidad se da a través de movimientos de desterritorialización y reterritorialización de los propios sujetos que producen el cotidiano¹³ 3 p.161.

En relación a esto, Merhy afirma que no hay una identidad inmutable en el tiempo, siempre estamos partiendo de un cierto territorio existencial para abrirnos hacia otros posibles. En este sentido, más que un sujeto somos siempre muchos sujetos (7).

Para Deleuze y Guattari es la expresividad la que explica la formación de un territorio, que se expresa por un ritmo. Para investigar el territorio existencial de los sujetos hay que poner el foco en los “personajes rítmicos” y los “paisajes melódicos”, y no en sujetos o sus conductas. Los personajes y los paisajes no son polos dicotómicos sino que se componen mutuamente en una co-emergencia, los paisajes son poblados con personajes que van perteneciendo al paisaje. Así el territorio existencial está en constante proceso de producción (11).

Según Romagnoli el territorio existencial se constituye como un *êthos*, como un estilo y morada que se forma cuando los componentes heterogéneos de la subjetividad ganan alguna homogeneidad, una determinada composición, presentando modos particulares de expresión (modos de vida, cualidades propias) (42).

7.7 Los encuentros y los afectos.

Sin dudas que Baruch Spinoza (siglo XVII) fue el filósofo que más ha influenciado el pensamiento de Deleuze y Guattari. Este filósofo inmanentista propone un nuevo modelo para pensar el mundo: el cuerpo. Con la declaración: “no sabemos lo que puede un cuerpo”, desafía a los filósofos:

Hablamos de la conciencia y de sus decretos, de la voluntad y de sus efectos, de los mil medios de mover el cuerpo, de dominar el cuerpo y de las pasiones, pero *no sabemos lo que puede un cuerpo*. A falta de

¹³ Traducción libre del autor.

saber, gastamos palabras. Como dirá Nietzsche, nos extrañamos ante la conciencia, pero "más bien es el cuerpo lo sorprendente..." (43 p.27).

Muestra que el cuerpo supera el conocimiento que de él se tiene, y que el pensamiento supera en la misma medida la conciencia que se tiene de él. Y la conciencia, como una ilusión, recoge sus efectos pero ignora sus causas:

a) experimentamos *alegría* cuando un cuerpo se encuentra con el nuestro y se compone con él, o cuando una idea se encuentra con nuestra alma y se compone con ella;

b) por el contrario, experimentamos *tristeza* cuando un cuerpo o una idea amenazan nuestra propia coherencia. Es decir que sólo recogemos los efectos de un cuerpo sobre el nuestro o de una idea sobre la nuestra (6).

En su 'Ética', el autor afirma que cada cuerpo se caracteriza por ser un cierto grado de potencia, definido por su poder de afectar y de ser afectado (aunque sin saber cuánto, ya que siempre resulta de una cuestión de experimentación). Cada vez que nos encontramos con otro cuerpo (humano y no humano, material e inmaterial), se produce en nosotros un aumento o una disminución de la potencia, tanto en el cuerpo como en el alma.

Entonces cuando las afecciones producidas en los encuentros producen como efecto un aumento de la fuerza de existir, un aumento de nuestra potencia de actuar, causan *alegría*, y cuando producen disminución de la potencia de los sujetos de actuar en el mundo de la vida, causan *tristeza* (6).

Cuando un cuerpo exterior afecta a nuestro cuerpo, simultáneamente el alma forma una idea que corresponde a esa afección, la idea de una afección. Afección no de naturaleza material, huella o imagen corpórea sino como idea, de naturaleza mental, que le corresponde. La afección involucra tanto al cuerpo afectante como al cuerpo afectado. Al mismo tiempo que se produce la afección, la imaginación forma una idea del cuerpo exterior y del cuerpo propio. (6 p.33)

Spinoza no separa la mente del cuerpo, y no hay relación de causalidad entre cuerpo y alma, prohíbe toda primacía de uno de ellos sobre el otro. Lo que es acción en el alma es necesariamente acción en el cuerpo, y lo que es pasión en el cuerpo es también necesariamente pasión en el alma. Las pasiones son inevitables y necesarias en el encuentro de los cuerpos y las ideas, y las pasiones tristes son necesarias para el ejercicio del poder (6).

Así, con esta dinámica de composición y descomposición de relaciones que afecta sin límites a la naturaleza entera, Spinoza plantea un principio de individuación ético primordial, que está relacionado con el principio de individuación propuesto por Simondon, ambos proponen la existencia de un cambio permanente de la identidad.

7.8 Atención primaria de la salud.

La 'Declaración de Alma-Ata' fue acordada en septiembre de 1978 en una reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, y rubricada por 134 países, 67 organismos internacionales y numerosas organizaciones no gubernamentales. Posteriormente fue denominada 'Atención Primaria de la Salud' (APS) y definida como el camino hacia la "salud para todos en el año 2000". En ella se insta a un nuevo "orden mundial", social, pero principalmente ético, político y económico.

La APS implica proyectar un paradigma nuevo basado en la visión de un proyecto social centrado en los 'servicios primarios de salud' (en trenque Lauquen son los CAPS), que son orientados para ser accesibles y participativos, llegando a asignarles una función social extraordinaria: la tarea y la responsabilidad de ser centros de desarrollo socioeconómico local, con competencia para trabajar en todos los niveles de determinaciones del proceso salud enfermedad atención (PSEA). 'Los Servicios Primarios de Salud [...] serán el centro y el origen principal del desarrollo económico y social del conjunto de la comunidad' (44).

Argentina constituyó uno de los países que estuvieron presentes en Alma Ata, una gran contradicción, ya que por aquél entonces Argentina estaba gobernada por una "dictadura militar", que mediante el terrorismo de Estado torturaba y mataba para desarticular la base social organizada, focalizando en primera instancia justamente, a la participación organizada: obrera y estudiantil.

De cualquier modo la APS fue incorporada al proyecto institucional de la política sanitaria nacional de forma progresiva, reconociendo que si bien en el plano abstracto (normativo) se inscribe con progresiva fuerza a todo nivel, las medidas y acciones de su aplicación distan mucho del ideario gestado en las entrañas de Alma Ata (20). Esta situación fue la experiencia común de la amplia mayoría de países que la adoptaron, cuyos contextos de capitalismo y liberalismo inviabilizó la propuesta de "un nuevo orden social y económico" (no capitalista).

El resultado generalizable a las experiencias del conjunto de países subdesarrollados y dependientes es la implementación de la 'atención primitiva de la salud' (18), interpretándola como medicina pobre para pobres.

Sin embargo, existieron y existen experiencias de implementación guiadas por la doctrina APS Integral, especialmente en países socialistas o las socialdemocracias desarrolladas (15), que si bien no son revolucionarias, son renovadoras en el sentido de acercarse a un modelo más integral del trabajo en salud, con el acercamiento a ciertos principios sociales.

7.9 La Atención Primaria de la Salud como política sanitaria.

La Declaración de Alma Ata fue consecuente con los principios sociales que luchaban para ser preeminentes al modelo capitalista, no totalmente consolidado por aquellos años de "guerra fría", en un mundo dividido en dos (el bloque capitalista y el comunista/socialista). Es la URSS la que en aquella época lleva la lucha política al ámbito sanitario en Alma Ata, colocando a la participación como estandarte de diseminación ideológica. Ideología que no era necesariamente acompañada por el Director General de la OMS en 1978, Halfdan Mahler, quien estaba muy interesado en la experiencia de los "médicos descalzos chinos", que lograban alto impacto sanitario con muy bajo costo, en muchos casos con voluntariados (17).

Este antecedente invoca a la OMS con un espíritu de búsqueda de alternativas eficientes, una concepción de participación social (uno de los pilares de la APS), como "recurso" (16), como un medio de posibilitar la implementación de programas sanitarios en los países pobres, con bajo presupuesto y los peores indicadores de salud (16).

Poco tiempo después de la Declaración rotularon a la APS Integral como utopía, como una propuesta imposible de ser llevada a cabo, que planteaba cambios demasiados profundos (afectando intereses económicos que la hacían inviable). Se impulsa entonces otra estrategia, la llamada APS selectiva o focalizada, dirigida a modificar indicadores de problemas específicos de salud, quitándoles su contexto de producción y su historicidad como procesos socioculturales.

Fueron creándose programas focalizados de salud materno infantil o para enfermedades específicas como Chagas, Tuberculosis, etc., focalización limitada a intervenir desde el campo biomédico, esto sí muy conveniente a los intereses de la

acumulación capitalista, por ejemplo con el despliegue de la industria tecnofarmacéutica que encuentra en el Estado a su mejor cliente.

El resultado global es la transformación del eslogan ‘salud para todos’ en una “forma simple de trabajar bajo programa, más técnica que social, y más burocrática que política’ (17).

7.10 Centro de Atención de la Salud.

Se llama así al efector de salud del primer nivel formal de atención, en él trabaja un equipo interdisciplinario cuya responsabilidad es el cuidado de la población que habita en el área programática del centro.

El CAPS está ubicado en las cercanías de la población a la que atiende, y de ésta forma es el efector que se encuentra en mejores condiciones de conocer a los usuarios y sus problemas de salud.

Con un equipo interdisciplinario adecuado puede resolver la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad (por lo menos aquellos problemas en los que la biomedicina es eficaz).

No obstante, las últimas décadas del desarrollo de los CAPS se encuentran marcadas por un cambio en su reconocimiento social: de muy desvalorizados en el imaginario social (trabajadores incluidos), para actualmente encontrarse en una etapa de revalorización, en buena parte promovida desde las políticas sanitarias nacionales.

7.11 En síntesis.

La revisión teórica precedente tuvo como objeto un rastreo de los cuerpos teóricos y prácticos más reconocidos y comprometidos con la micropolítica de las organizaciones e instituciones.

Atravesando todo el pensamiento de las organizaciones, desde comienzos del siglo XX a la actualidad, se encuentra el Taylorismo. Su lógica de gestión micropolítica,

basada en el control y el disciplinamiento de los trabajadores se mantiene en las actuales escuelas de gestión, aunque con aspectos de más humanizados.

Partiendo de este pensamiento, el gestor e investigador Gastón Campos construye el 'Método Paideia', orientado por una directriz Anti-taylor. Basa su propuesta en la democratización de los servicios, y la consideración de los intereses y deseos del trabajador para la gestión en salud. Paideia es un método elaborado para analizar y cogestionar instituciones a partir de 'espacios colectivos para la producción'.

Estos dos modelos organizacionales (taylorista y Paideia), tienen en sí una gran fuerza subjetivante, siendo el taylorismo el modelo organizacional hegemónico hasta la actualidad. Esta forma de ser institucional produce tensiones en el encuentro ("triste") de la 'racionalidad gerencial hegemónica' con el TVA (caracterizado por el autogobierno, la creatividad y el goce de amplias posibilidades prácticas y aún, instituyentes).

En este sentido, existe una tensión productiva permanente entre la macropolítica de las normas y las leyes que rigen el mundo del control y la disciplina taylorista, y el autogobierno de los trabajadores, que participan de la construcción de la micropolítica del *socius* laboral, allí donde la subjetividad tiene su gran expresión con la significación del cuidado que se realiza, desde un territorio existencial. Producto de ese territorio el trabajador opera con cierta modalidad de cuidado.

El trabajo en salud se produce en redes, por un lado rizomáticas, que son redes calientes de múltiples e intensos encuentros con otros sujetos, produciéndose allí flujos de implicaciones y significaciones encontradas, que circulan en sus relaciones, y por otro lado, como el trabajo en salud es institucional, también está atravesado por redes normativas que pueden capturar los procesos de trabajo, afectando, regulando el trabajo cuidador. La preeminencia de redes rizomáticas en el trabajo en salud le adjudica un alto potencial autoanalítico, inscripto en su capacidad de cogestión rizomática del trabajo.

Con el análisis de casos clínicos del cotidiano (analizadores) es posible construir conocimientos de la micropolítica del *socius* laboral a la par que se puede intervenir en ella, ya que este conocimiento actúa sobre los propios sujetos y el *socius*, que son cogestivos. El conocimiento se presenta aconteciendo en los sujetos, con potencia instituyente.

El TVA del cotidiano es muy productor de 'acontecimientos', y como tal, capaz de producir afecciones, en el usuario y el trabajador, constituyendo una fuente de

producción subjetiva que es inmanente. Los acontecimientos son potentes analizadores de la micropolítica del trabajo en salud.

Esta dinámica de acontecimientos provoca desafíos permanentes a los territorios existenciales de cada trabajador, con una 'metaestabilidad' (11) que tiende a desterritorializarlos con los acontecimientos del cotidiano. De esta forma en la producción subjetiva de la realidad social se produce un juego de territorialización – desterritorialización – reterritorialización inmanente, con insistentes posibilidades de cambio.

Deleuze y Guattari son los generadores de la primera referencia importante para pensar en la cartografía como método de investigación. Luego autores como Merhy y Franco la aplican a salud con resonantes resultados (que más abajo se desarrollan); los autores utilizan 'analizadores' del trabajo, cuyas capacidades para producir 'encuentros' del trabajo con el trabajador los hacen actuar como 'dispositivos' creadores de situaciones de acontecimientos, y por lo tanto con posibilidades de participar en el plano productivo de las modalidades del cuidado.

Y buena parte de lo que pasa en el encuentro del cuidado puede estudiarse analizando los arreglos tecnológicos de la 'caja de herramientas' que cada trabajador utiliza en la acción: la composición técnica del trabajo, las lógicas que se encuentran operando en las intercesiones, el tipo de red que lo afecta o lo captura, el modelo ético político singular que se expresa, el tipo de biopolítica a la que está contribuyendo, etc.

8. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

8.1 La cartografía.

La cartografía se propone como una herramienta de problematización, de análisis, y de investigación – intervención, utilizado en estudios de la subjetividad (45). Es una modalidad investigativa constructivista que reconoce la complejidad de los objetos sociales y se postula con potencial para superar el reduccionismo impreso por la modernidad y el iluminismo racionalista científico (21, 42). El nuevo paradigma considera que la teoría no trasciende la realidad y tampoco está dissociada de la práctica.

Según E. E. Merhy, los tres conceptos constitutivos de la cartografía, que la componen y le dan identidad conceptual son:

- a) la tesis del 'rizoma', como flujos de conexión que producen la realidad social;
- b) el TVA, como eje de tensión productiva que traza las líneas cartográficas;
- c) el 'deseo', como fuerza propulsora de la acción, los tres conceptos inmanentes

entre sí (36). Ya se desarrollaron el TVA y rizoma.

Deleuze y Guattari proponen en "El Anti Edipo" (la más feroz crítica al psicoanálisis freudiano), una concepción productiva del deseo, una potencia o una suerte de energía que le permite al hombre no solo conservarse, sino ser, actuar y padecer (6). En esta concepción, el inconsciente es pura producción deseante, y se produce a sí mismo en cada devenir-subjetivación, en cada devenir singular (41). Es una conceptualización que se aleja de la idea tradicional, platónica, de deseo pensado como falta, como deseo de lo que no se tiene.

En "El Anti Edipo" sostienen que el deseo como producción, es revolucionario, tiene la energía de la invención de la realidad social.

La fuerza motriz de construcción de la sociedad es el deseo [...] y es constitutivo de las subjetividades, y que en el plano social transforma a los sujetos en protagonistas por excelencia de los procesos de cambio (36 p.12).

De acuerdo con Deleuze, tanto los individuos como los grupos están atravesados y constituidos por "líneas" de diversa naturaleza. Quien suscribe agrega que son cartografiables:

a) Líneas de segmentaridad rígida o molar: son segmentos bien definidos en diversas direcciones, ligados a la familia, la profesión, el trabajo, la escuela, lo instituido, la ley, las normas, los programas sanitarios, la reproducción del sistema dominante, la tendencia a la repetición. Estas líneas van a depender de segmentos dicotomizados de la realidad, caracterizados por dispositivos de poder muy diversos entre sí, que le fijan códigos y el territorio que les corresponde. Son segmentos relacionados con el aparato del Estado.

b) Líneas de segmentaridad flexible o molecular: son flujos que desbordan a los segmentos en sus límites, van a constituir devenires, produciendo nuevas composiciones estabilizadas. Es decir que lo molecular tiende a la molarización, una especie de estabilidad de los centros de poder que las sociedades necesitan. Lo molecular hace referencia a las intensidades, al plano de inmanencia, donde ya no hay más que relaciones de velocidad o lentitud.

c) Líneas de fuga o de desterritorialización: no son segmentarias y están dadas potencialmente, no preexisten sino que se trazan, se componen. No se sabe de antemano qué va a funcionar como línea de fuga, ni lo que va a venir a interceptarla. Es por la creatividad de los sujetos y la potencialidad de las subjetividades que la producción de líneas de fuga es frecuente en el cotidiano de los encuentros, producto los agenciamientos subjetivos (y de deseo). Las líneas de fuga pueden producir rupturas en los territorios existenciales vigentes aunque como se dijo, tienden a neutralizarse por un sistema general de relaciones molarizantes. Al respecto, Tulio Franco refiere que estas desterritorializaciones tienen grandes resistencias subjetivas, que se acompañan de miedos: miedo ontológico a morir, miedo psicológico a enloquecer, y miedo sociológico a fracasar. Por esto las desterritorializaciones se dan por coeficientes, pudiendo darse que la línea de fuga no logre desterritorializar, o luego de hacerlo retroceder y reproducir en el territorio de origen, lo que le da mayor dureza para posteriores desterritorializaciones (3).

8.1.1 La investigación cartográfica.

La cartografía como investigación aborda la realidad a través de superficies, de planos simultáneos que coexisten sin jerarquía ni determinación (11, 42):

a) El plano de organización está formado por líneas de segmentaridad molar: corresponde a lo que está instituido socialmente, lo visible que ordena al mundo y la subjetividad en segmentos, de manera dicotómica y disociativa, codificando, registrando en procesos clasificatorios, formando estratos vía operaciones de trascendencia. En esta superficie los flujos son presas de códigos, y cada término gana sentido oponiéndose a otro. Este plano concierne a figuras ya estabilizadas (individuales o colectivas), e incluye la representación social como una forma de codificación cognitiva de la realidad.

b) El plano de consistencia está compuesto por líneas de segmentaridad molecular: es el plano donde las fuerzas entran en relación, es llamado por Lourau "plano instituyente". Para Liliana da Escóssia y Silvia Tedesco, este plano es análogo a la realidad preindividual descrita por Simondon (11), otro autor favorito de Deleuze. Es el plano invisible de expansión de vida, que atraviesa el campo social. En ese plano se dan los encuentros afectivos y los agenciamientos (Deleuze apunta a la noción de agenciamiento para definir el funcionamiento de este plano), que van a generar nuevos sentidos, nuevas formas de expresión. Aquí se promueve la resistencia de lo que se tiende a reproducir en el plano de la organización. En esta superficie no hay oposición, se encuentran flujos con variación continua de intensidades.

c) Esos dos planos se apoyan en un plano de inmanencia, que da soporte a las relaciones entre las fuerzas componentes de la realidad, molares y moleculares (coexistentes y yuxtapuestas), componiendo el medio en que siempre todo se da (dimensión de flujos, segmentos, rupturas y conexiones).

Los planos muestran también la exterioridad de fuerzas que inciden tanto en el investigador como en el grupo investigado, actuando rizomáticamente, de modo transversal, ligando procesualmente la subjetividad a lo heterogéneo, a situaciones, a lo colectivo. El plano de la organización sustenta las líneas duras de la subjetividad, y el plano de consistencia las flexibles, que se pueden transformar en líneas de fuga dirigidas a la invención.

En esta perspectiva inmanente de la realidad, ésta es sobre todo una reunión de líneas subjetivas y sociales, de la naturaleza y de la cultura. Esa no separación es posible porque todo es atravesado por segmentaridades molares y desterritorializaciones moleculares, por planos y superficies superpuestas, que se deslizan, en movimiento procesual todo el tiempo (32).

Y los objetos del mundo (como las modalidades de atención), están en un continuo proceso de transformación, de individuación, resultan de la composición del plano de las formas ('plano de organización'), con el plano móvil de las fuerzas ('plano de consistencia' o también 'colectivo de fuerzas'). Las formas coaguladas resultan del juego de fuerzas y corresponden a conglomerados de vectores de fuerzas que adquieren una provisoria estabilización (11).

Es decir que hay que visibilizar los objetos de la realidad:

[...] a partir de las relaciones establecidas entre esos dos planos, que construyen entre sí relaciones de reciprocidad que aseguran múltiples cruzamientos (11 p. 94).

El cartógrafo debe proponer prácticas eficaces y potentes para acceder al plano de fuerzas, y activarlo. El desafío del cartógrafo es habitar y participar como una fuerza micropolítica más en ese plano de fuerzas, construyendo conocimientos y posibilidades de afectar la génesis de los objetos, pudiendo intervenir y hacerlo derivar en nuevas formas actualizadas. Por ello la cartografía al mismo tiempo que investiga, interviene (11).

Liliana da Escóssia y Silvia Tedesco reconocen dos funciones posibles para acceder a ese plano instituyente de fuerzas: la transducción y la transversalización. Estas producen experiencias de disolución de clasificaciones, jerarquizaciones y dicotomías presentes en los cotidianos institucionales, instalando un máximo de conexiones en un plano relacional que produzca la máxima resonancia posible.

Según Simondon, citado por Escóssia y Tedesco, la función de transducción:

es una operación física, biológica, mental o social, por la cual una actividad se propaga gradativamente, en el interior de un dominio. La operación transductiva es definida entonces como una individuación en progreso¹⁴ (11 p. 102).

Esta operación “se propaga también de un dominio para otro, y en varias direcciones, produciendo atracciones, contagios, encuentros y transformaciones” (11 p. 102).

La función de transversalización se define como “la ampliación e intensificación de la capacidad de comunicación entre sujetos y grupos” (Guattari citado en 11 p. 104), y de intersección entre elementos y flujos heterogéneos, materiales e inmateriales; remite a una ética de conectividad. Para Deleuze, apud Escóssia y Tedesco (11 p.105)

El problema colectivo, entonces, consiste en instaurar, encontrar o reencontrar un máximo de conexiones. Pues las conexiones (y las disyunciones) son precisamente la física de las relaciones, del cosmos¹⁵.

Con el concepto de ‘transversalidad’ Guattari propone la alteración del patrón comunicacional en las instituciones, defendiendo un tercer eje que cruza y desestabiliza los ejes vertical (de la jerarquización de la comunicación de los diferentes) y horizontal (los que homogeniza la comunicación en la corporación de los iguales). La transversalidad es aquí un quantum comunicacional – relacional, que tiende a ser máxima entre los diferentes niveles y en los diferentes sentidos, atraviesa identidades y formas experimentando el cruce de líneas de fuerza que se van produciendo a partir de los encuentros, en una red de enunciación de la cual emerge, como efecto, un mundo que puede ser compartido por los sujetos. Transversalizar también significa tomar la palabra con su fuerza performática, de creación de otros sentidos (11).

8.1.2 ¿La metodología cartográfica?

Hay una discusión abierta respecto al estatus de la cartografía como metodología. Puede encontrarse por un lado el conjunto de autores que escribieron el

¹⁴ Traducción libre del autor.

¹⁵ Traducción libre del autor.

libro “Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervencao e producao de subjetividade” (11), entre las que se destacan Virginia Kastrup, Eduardo Passos y Suely Rolnik, esta última coautora con Félix Guattari del libro “Micropolítica. Cartografías del deseo” (32).

Este conjunto de autores se esfuerzan en ofrecer “pistas” para una metodología cartográfica que definen como ‘reversión metodológica’. Plantean que si bien metodología es etimológicamente “metá-hódos”, definir un camino predeterminado (hódos: camino), por las metas propuestas en un punto de partida, en la cartografía se revierte esto al darle primacía al habitar el proceso productivo, que va trazando en su recorrido, metas próximas o inmediatas. Es una forma de transformar el ‘metá-hódos’ en ‘hódos-metá’, y para ello el método no es aplicado sino experimentado y asumido como actitud (11).

Argumentan que la cartografía como investigación e intervención se realiza necesariamente con un investigador que en primer término se “zambulle” en el plano de la experiencia de campo, participando de los acontecimientos, y que el cartografiado es el trazado de ese plano de la experiencia, por ello que debe entenderse a la experiencia como un hacer del cual emerge el saber. Esta perspectiva coincide con el socioanálisis cuando afirma que se trata de transformar para conocer, y no conocer para transformar (11), he allí el camino metodológico.

Sin embargo E. E. Merhy y T. Franco no piensan igual, para ellos la cartografía está compuesta por las líneas que disparan los acontecimientos afectivos, que abiertos a sus expresividades, no son previsibles. Solo hay acontecimientos, nunca se sabe qué va a funcionar como un acontecimiento (3).

Es decir que la cartografía no es un método sino una modalidad o una forma de investigar.

8.1.3 Las pistas cartográficas.

Como se ha dicho, para investigar con la cartografía no hay un procedimiento preestablecido. Con lo que sí se cuenta es con orientaciones de las experiencias cartográficas existentes, como ‘pistas’, que nos ayudan en el curso de la investigación.

El libro “Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervencao e producao de subjetividade” (11) es un compilado de artículos sobre el tema “metodológico” con el

estado del arte al año 2009, elaborado por profesores e investigadores del Departamento de Psicología de la Universidad Federal Fluminense y del Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro. A continuación se describen algunas pistas:

a) cuando el investigador se inicia en esa experiencia lo hace en una realidad con procesos que siempre están en curso, que le implica una actitud de reconocimiento (ethos) del campo. En ese sentido la práctica de la cartografía siempre se acompaña de un cierto grado de rediseño del campo problemático delimitado en el proyecto de investigación;

b) los actos del cartógrafo buscan acceder y habitar el colectivo de fuerzas (plano de consistencia), para poder entender la micropolítica que está tras las formas y síntomas de la realidad y participar e intervenir en los cambios y en las derivaciones transformadoras que ahí se dan. Para ello debe habitar un territorio que en principio no habitaba ni conocía (por más que conozca el dominio específico, como trabajar en un CAPS), se trata de habitar el mundo de las personas como territorios existenciales (sus sentidos y modos de expresión).

Metodológicamente implica cierto nivel de “dejarse llevar” por ese campo colectivo de fuerzas, acompañando los procesos del campo que intenta habitar. Allí se va produciendo un territorio compartido mediante la dinámica de agenciamientos, por lo cual lo primero que busca la cartografía es intensificar la comunicación;

c) la transversalidad como principio metodológico lleva a una experiencia de comunicación en la que el cartógrafo debe disolver “su” punto de vista observador (sin anular la observación), y habitar los distintos puntos de vista en su emergencia.

Hacer variar los puntos de vista es una utopía que como directriz se realiza sin identificarse y sin apego a ninguno de los puntos de vista. El cartógrafo se deja penetrar por la emergencia de los cambios de los puntos de vista que surgen en el territorio como problemas o crisis existenciales, y que pueden permitir la apertura para el reconocimiento de una mayor libertad autogestiva de los individuos y los colectivos;

d) cartografiar es siempre componer con el territorio existencial investigado, sin perder de vista que tanto la investigación como el campo investigado están en un proceso incesante de coproducción y coemergencia.

Este proceso constructivo permanente coloca al cartógrafo en posición de un aprendiz que se lanza con una dedicación abierta y atenta, dejándose impregnar,

cultivando la disponibilidad de la experiencia y comprometiéndose con los territorios que se avecinan;

e) orientado por una actitud de acecho (êthos de la investigación), el cartógrafo se guía sin tener metas predeterminadas. Tiene que ir desarrollando un cambio en la atención habitual (selectiva, focalizada y reducida), para una atención fluctuante, desenfocada, concentrada y abierta, capaz de percibir los movimientos del territorio que se va tornando propio;

f) La actitud del cartógrafo es posicionarse de un modo lateral, que hace circular la experiencia incluyendo a todos en un mismo plano (plano sin jerarquías aunque con diferencias);

g) en la producción de conocimiento hay que poner en análisis los atravesamientos que componen el plano de investigación, ya que todo conocimiento se produce en un campo de implicaciones cruzadas, determinada necesariamente por el juego de fuerzas de los valores, intereses, expectativas, compromisos, deseos, creencias, necesidades, etc. que lo componen.

El observador está siempre implicado en el campo de observación y la intervención modifica el objeto (Principio de Heisenberg). En el campo, la intervención no se da en un único sentido. Es esa ampliación de los sentidos de la intervención que va aumentando cuando se considera ahora una dinámica transductiva a partir de la cual las existências se actualizan, las instituciones se organizan y las formas de resistencias se imponen contra los regímenes de sujetamiento y las parálisis sintomáticas¹⁶ (11 p.21).

El análisis de una institución es un trabajo de quebrar las formas instituidas para dar acceso a los procesos de institucionalización, que se llega con el análisis de las implicaciones colectivas (siempre locales y concretas).

Esto afirma una dinámica instituyente en todo trabajo que se proponga el análisis de la experiencia (siempre estamos implicados en el plano de la experiencia), con lo cual se analiza e interviene de forma inseparable.

8.1.4 La narrativa cartográfica.

¹⁶ Traducción libre del autor.

Toda producción de conocimiento se da a partir de una posición adoptada, como implicaciones políticas, que del objeto visibilizan ciertos aspectos y dejan de lado otros.

Podemos pensar la política de la narratividad como una posición que tomamos cuando, en relación al mundo y a nosotros mismos, definimos una forma de expresión de lo que acontece (11 p.150).

En principio, en la cartografía hacemos una apuesta ético política con una actitud y un modo de ver y de decir que exprese procesos de cambio, de sí y del mundo (êthos de la investigación).

La elección de esa posición narrativa debe considerar las políticas que están en juego: políticas de salud (APS), políticas de investigación (acontecimental, constructiva, abierta), y políticas de gestión (subjetividad, Paideia), es decir, políticas generales que atraviesan el campo de investigación, como implicaciones y sobre implicaciones de contexto (11).

Con esa posición tomada, la cartografía adopta una narrativa intensivista, una metodología que incluye la dimensión subjetiva del objeto (11).

Para narrar un caso con el método intensivista se utiliza un procedimiento concreto: el desmontaje de la situación analizadora (su problematización). Del caso se extrae la agitación de microcasos como las microluchas en él traídas a escena, algo así como las intraluchas que revelan la espesura política de la realidad del caso.

La dirección metodológica es “engordar” el caso aumentando su quantum intensivo para llevarlo a un plano de disolución, de desestabilización de sus formas, con generación de más fragmentos intensivos, de partículas de sentido que se liberan, que son extraídas del caso.

El método intensivista utiliza el principio de transversalidad por forzar la acción clínico política. La propuesta es accionar desde una situación, abriéndole el coeficiente de transversalidad con comunicaciones extra código, cerrándole el paso a las amenazas de los significantes sociales dominantes, operadores de codificaciones y sobre codificaciones. De alguna manera se puede decir que se llega a lo intensivo transgrediendo las formas sociales dominantes.

El caso molar se moleculariza, su forma visible da lugar a las fuerzas que lo habitan, el caso es entonces, un caso de devenir o de contagio transductivo. Las partículas emergentes por el desmontaje pueden permitir la experiencia clínica del trazado de una línea de fuga, una línea de creación de otro territorio existencial.

8.1.5 El registro cartográfico.

En la investigación cartográfica no sólo se debe trabajar con el registro de aquello que es investigado sino también del proceso mismo de investigar, se incluye tanto al investigador como a los investigados.

La narrativa se conforma utilizando la metodología intensivista y hay que estar muy atentos de no realizar una política realista cognitivista, buscando causalidades o interpretaciones únicas (haciendo de los participantes meros objetos de investigación), como del aferramiento al problema y los objetivos diseñados al comienzo de la investigación, practicando una política de reconocimiento que busca la “solución” de un problema.

En la experiencia de campo se debe trabajar contra las tendencias generalizantes, simplificadoras y reductoras, que codifican la experiencia, por el contrario, la política de la escritura debe incluir las contradicciones, los conflictos, los enigmas y los problemas que quedan abiertos. No es necesario que todas las conclusiones queden cerradas y homogéneas, al contrario, las aberturas dejadas en una cartografía producen líneas de continuidad abiertas, que pueden conducir a nuevas investigaciones de los afectados por los problemas que ella levanta, como contagiados por afectos.

La polifonía del texto es siempre un objetivo y un desafío también, como se dijo, no hay que generalizar como “los trabajadores”, ya que se filtran datos, sino que hay que escribir de tal forma que dé visibilidad al proceso de construcción colectiva del conocimiento, que se expresa en un texto polifónico.

El diseño de la escritura puede ser el de ‘diario de campo’. Según Lourau los textos diarísticos revelan las implicaciones del investigador y realizan restituciones insoportables a la institución científica, hablan sobre la vivencia cotidiana y muestran como realmente se hace la investigación.

El ‘diario de campo’ ayuda al trabajo de transformar observaciones y frases captadas en la experiencia de campo en conocimientos sobre los modos de hacer. Se va registrando el diálogo entre la experiencia del campo y la teoría que es iluminada en dicha experiencia.

En el 'diario de campo' se registrará el proceso investigativo desde el momento de su implementación; las conversaciones desgravadas y el 'diario de campo' deben posibilitar un retorno a la experiencia de campo, para que se pueda hablar desde adentro de la experiencia y no desde afuera. Un proceso aparentemente individual es colectivo al traer las escenas y diálogos que emergieron en el campo.

En el texto cartográfico deben registrarse: el rastreo de las líneas duras, del plano de organización, las problematizaciones, visibilizando sus consecuencias en los territorios vigentes, los acontecimientos, y sus efectos. Para ello el cartógrafo sale al campo con su 'mirada vibrante', encontrando los elementos afectivos que caracterizan a la cartografía, es decir, todo aquello que se da en el plano intensivo de las fuerzas. La técnica del método en éste plano es el de ser sensible a los desbordes acontecimentales de los segmentos molares, a las líneas de fuga, para seguirlas, para estimular las posibilidades de eclosión de lo nuevo.

8.2 Antecedentes de investigaciones.

Respecto a los trabajos de investigación sobre las modalidades y las prácticas de salud mirados desde la micropolítica de los procesos de trabajo, encontramos un libro fundamental, "Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde". El mismo reúne textos de investigaciones, evaluaciones e intervenciones de T. B. Franco y E. E. Merhy en colectivos del trabajo, de los últimos 15 años a la actualidad (3). Allí se encuentran publicadas las referencias teóricas y metodológicas principales de este proyecto de tesis, una de ellas es el trabajo "O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP), un texto donde los autores analizan de forma colectiva la micropolítica del trabajo del servicio social en un hospital escuela en Campinas (Brasil), a partir de la utilización (y evaluación) de dos herramientas analizadoras: el 'flujograma descriptor', una representación gráfica del proceso de trabajo centrada en el usuario, y la 'red de petición y compromisos', dedicada más a la discusión y análisis de las relaciones y los conflictos que evidencian las disputas por los proyectos singulares, visibilizando lo que llaman los "ruidos del cotidiano". Concluyen

que las dos herramientas se mostraron potentes para el objetivo de analizar la micropolítica de los servicios de salud.

Para los autores:

Para que un análisis sea eficaz, el debe reunir en torno de sí, elementos, que hablen respecto a las relaciones intra e interinstitucionales y otras relacionadas a la micropolítica de la organización de los servicios, que hablen respecto a las relaciones sostenidas en el proceso de trabajo, los intereses en juego en el día a día del servicio¹⁷ (3 p.277).

Para ello es necesario instalar un mirar crítico sobre el lugar que ocupa el servicio como productor de cuidado, identificar la red de relaciones existente inter e intra institucionales, y esclarecer en esa red los pedidos y los compromisos asumidos entre los diversos actores implicados.

En el trabajo los autores afirman que investigar en un análisis institucional es inseparable del intervenir (aquí muestran adherencia al movimiento institucionalista socioanalítico, si bien en su narrativa utilizan más “avaliação” que “análise”), entonces comienzan preguntándose: analizar *¿para qué?*, *¿a quién* le servirá? y, *¿cómo* se viabilizarán los cambios institucionales que la evaluación detecte?

Respecto al “*para qué*”, apuestan a una organización centrada en el usuario y sus necesidades, marcando un cierto sentido que pone en tensión o en “tela de juicio” a la forma institucional dominante, que mayormente se encuentra centrada en intereses de corporaciones en sintonía con objetivos institucionales, dejando de lado al usuario.

Respecto al “*a quién*”, el análisis está dirigido a los propios trabajadores, ya que: “El actor social y político capaz de conducir un proceso de cambio a partir del trabajo, son los propios trabajadores¹⁸” (3 p.277).

Para los autores, el TVA que realizan es operado a partir del conocimiento que tienen de la micropolítica del trabajo, que es por lo tanto un factor determinante de la organización y de las modalidades del trabajo. Apuestan a visibilizar la micropolítica del cotidiano implicado del trabajo, como manera de activar a los trabajadores:

a) por un lado conocer (se) es producir matices en el TVA que se hace, por lo tanto otra micropolítica, con posibilidades de cambios en los servicios de salud;

¹⁷ Traducción libre del autor.

¹⁸ Traducción libre del autor.

b) por otro lado, al provocar el encuentro de los trabajadores con su propia realidad, los construye como sujetos colectivos, que también pueden ser protagonistas de los cambios en los servicios.

Para T. B. Franco, cuando el trabajador analiza el proceso de trabajo del equipo se pone en análisis a sí mismo, quedando colocado como frente a un espejo, mirando sus procesos de trabajo, que entonces retorna a él mismo en un procedimiento de autoanálisis.

Respondiendo al “cómo”, en principio todo el proceso de investigación de un servicio o una institución de salud debe ser realizada por el propio equipo de trabajo, que es quien (se) analiza (en) el servicio. La técnica para lograrlo es el taller, y las fuentes de información provienen de apelar a la memoria individual y los saberes que la experiencia ha acumulado en ellos, al mismo tiempo que se ejercita la reflexión colectiva. Para los autores, por ser procesos colectivos son auto pedagógicos en la medida que al irse apropiando de la realidad en la cual están insertos van acumulando conocimientos de sus procesos de trabajo, además de potenciarlos en su hacer cotidiano (3).

Utilizan el “flujograma analizador” y de la “red de petición y compromisos” como analizadores que pueden visibilizar lo que se encuentra en las “cajas negras” de la micropolítica de los procesos de trabajo, lo no dicho, lo que captura los procesos, conduciendo a los resultados finales.

Estas herramientas analizadoras provocan acontecimientos que conquistan (en palabras de sus autores), una “acumulación de conciencia”.

Primero construyeron la ‘red de petición y compromisos’, luego, para un análisis más detallado de la micropolítica de la organización del trabajo de servicio social, realizaron el ‘flujograma descriptor’, ubicando el servicio en el contexto relacional más amplio, revelando el camino que el usuario recorre en búsqueda de su atención.

-Red de Petición y Compromisos:

Es una herramienta de análisis adaptada del Método Altadir de Planificación Popular de Carlos Matus, cuyo último paso es el “Diseño del sistema de petición y rendición de cuentas”. La idea de este paso es que cada operación del plan tenga responsables bien definidos, que puedan dar cuenta de lo que hicieron y con qué resultados (46).

Aquí se trabajó con la imagen de una estaca, utilizando como centro de habla el propio Servicio Social de cada área del Hospital. A partir de este punto fueron

identificados y relacionados los diversos actores que establecen relaciones con el Servicio Social, haciendo pedidos y tomando compromisos al mismo tiempo. La construcción de redes de petición y compromisos se completa identificándose junto a ella, el tipo de pedidos y compromisos establecidos entre los diversos actores con el Servicio Social e internamente entre ellos.

-El flujograma analizador:

Esta herramienta analizadora es una representación gráfica de las etapas del proceso de trabajo, que se vinculan entre sí en torno de una cierta cadena de producción. Visibiliza el recorrido que realiza el usuario en búsqueda de atención, completando su riqueza los relatos del equipo que trabajó con él, con sus conocimientos del trabajo asistencial.

El flujograma permite un mirar agudo sobre los flujos existentes en el momento de la atención de la salud, y permite la detección de sus problemas. Es utilizado para preguntar, para graficar las relaciones de los usuarios con los trabajadores y de éstos entre sí, y así poder visibilizar y poner en análisis los nudos críticos de los procesos de trabajo, cuestionando acerca de la micropolítica de la organización.

Este proceso revela áreas de “sombra” que no están claras ni explícitas para los trabajadores, y va generando opiniones compartidas en el grupo, como una conciencia de los problemas enfrentados por el usuario, por cómo se trabaja

Este diagrama se compone por símbolos utilizados universalmente:

a) la elipse, que muestra el comienzo de la cadena productiva, es decir las entradas y salidas del proceso global de producción, por ejemplo del Servicio social;

b) por medio de un rectángulo se muestran aquellas etapas importantes de la cadena productiva, allí es donde se realizan consumos de recursos y producción de productos bien definidos, que van a servir para abrir nuevas etapas en la cadena;

c) a través de un rombo se representan los momentos en que la cadena productiva se enfrenta con un proceso de toma de decisiones, de caminos a ser seguidos, que aparecen después de cada etapa.

En un segundo momento se procede a hacer un análisis grupal de los procesos de trabajo y las relaciones retratadas por estas dos herramientas utilizando la construcción de la ‘caja de herramientas’ tecnológicas.

Por otra parte, el flujograma descriptor fue evaluado por T. B. Franco, quien concluye: “Se mostró como una herramienta potente para percibir los problemas existentes en los servicios de salud” (3 p.316).

En el trabajo “O uso do fluxograma descritor e projetos terapéuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG)”, el autor combina el flujograma con la categoría analítica ‘proyectos terapéuticos’¹⁹, para evaluar los servicios de salud (3).

En este trabajo Franco trae otra herramienta de análisis de la micropolítica, plantea la capacidad del ‘proyecto terapéutico’ de conectar toda la cadena productiva de atención, ya que para producir un proyecto terapéutico se requiere el trabajo de varias ‘unidades productivas’²⁰.

Para realizar un análisis de los servicios con ‘proyectos terapéuticos’, se elige un problema prevalente, que todo el equipo tenga conocimientos de él (como hipertensión arterial), luego el proyecto es construido por el equipo, recurriendo a su memoria.

Los proyectos terapéuticos pueden visibilizar un modelo médico ‘productor de procedimientos’ o ‘productor de cuidado’, en las prácticas de salud. Si las unidades productivas están aisladas, burocratizadas, autonomizadas una en relación a otras se alienan los diversos productos del proyecto terapéutico en curso.

Los proyectos terapéuticos se mostraron potentes para revelar los límites del proceso de asistencia al usuario.

La investigación “Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria” (8), utilizó como herramienta metodológica el estudio de ‘casos trazadores’. La lógica del ‘caso trazador’ es la del ‘flujograma analizador’ ya descrito, con su potencia para observar la micropolítica del trabajo en salud. Se trata de evaluar el proceso de trabajo de un equipo de salud (sus prácticas, sus modalidades de asistencia, etc.), a partir de la reconstitución de la trayectoria de un caso. Para su elaboración se utilizan distintas fuentes de información, distintos puntos de vista (usuarios, trabajadores, cuidadores domiciliarios, gerentes de salud).

¹⁹ Proyecto terapéutico: conjunto de actos asistenciales pensados para resolver un problema de salud (3 p.319).

²⁰ Unidades productivas: es la combinación “unidad de trabajo / productos bien definidos”: de recepción de usuarios, de acciones de enfermería, de dispensa de medicamentos, etc.

En este trabajo relatan que al realizar uno de los estudios de caso en internación domiciliaria en Brasil se han encontrado con un elemento de tensión no muy bien explorado en los análisis que habitualmente se hacen, del trabajo en salud.

Se encuentran que las prácticas cotidianas tienen hábitos de una biomedicina hegemónica, en la que los cuidados son siempre un proceso donde el paciente es blanco de las acciones de los trabajadores, como si fueran objetos pasivos. Sin embargo es una constante la observación que los usuarios son sujetos de acción, protagonistas de sus existencias, y que muchas veces se resisten a sus formulaciones y disputan por el modo de cuidarse (hay que recordar que en el trabajo de internación domiciliaria se trata de casos con dependencia funcional, crónicos o de gravedad). Así, del 'caso trazador' construyen el analizador 'disputa de planes de cuidado'.

Otras herramientas cartográficas publicadas son los 'mapas analíticos', cuya eficacia fue comprobada (experimentada) en el contexto de un curso de especialización en gestión en salud por T. B. Franco y E. E. Merhy en Brasil, en el año 2006 (34).

Los mapas analíticos son propuestos tanto para investigar e intervenir en la micropolítica del trabajo, como para la evaluación en salud, que debe considerar a la producción de subjetividad en sus trabajos.

Aquí el supuesto es que en el interior de las organizaciones hay diferentes planos de producción de la realidad: un plano manifiesto, de las reglas instituidas, y otro plano, de flujos continuos de intensidades entre los sujetos y las cosas, que van operando de forma instituyente en sus espacios de producción:

[...] como si operaran dos realidades yuxtapuestas, una más vinculada a lo dado, a lo instituido y otra, nueva, que emerge sobre la primera, dándole otra vida, superponiéndola y dominado en la dinámica de los escenarios que se componen y descomponen cotidianamente (47 p.25).

Los autores buscan un método de análisis que ayude a los trabajadores a ver la realidad y a sí mismos en ella, los mapas analíticos son como "lentes" para percibir la acción del TVA con toda su intensidad y su potencia instituyente dentro de la organización (34).

Los mapas analíticos permiten justamente desentrañar lo oculto, lo instituyente, dar cuenta de los ruidos, tensiones que hablan de lo que quiere fluir pero no puede. Permite descubrir, reconstruir el TVA.

La finalidad de esta herramienta analizadora es develar:

las relaciones intercesoras que se producen entre trabajadores y de estos con los usuarios, en la medida que ambos forman un encuentro en el cual se colocan como actores-sujetos para la producción de cuidado, las subjetividades que se atraviesan, la manifestación de lo diferente, la producción deseante de ciertos flujos de cuidado, y también de no cuidado, lo contradictorio, etc. (47 p.25).

En su propuesta original:

a) primero buscan estimular las narrativas con una guía donde cada uno describe su trabajo cotidiano;

b) luego en pequeños grupos hablan de sus procesos de trabajo con sus pares, van emergiendo las relaciones del cotidiano que son registradas;

c) se analiza entre todos las producciones grupales, aquí lo que se busca son las lógicas y las actitudes asumidas por las personas, las afecciones subjetivas.

d) para operacionalizar el momento analítico proponen la elaboración de los siguientes tres mapas:

1. Mapa de los conflictos: el conflicto es un potente analizador de las relaciones, expresa subjetividades operando en la realidad, son muy subjetivantes, y en función de eso se crean líneas de fuga, desvíos.

El conflicto como analizador tiene los objetivos de:

a) visualizar los recorridos rizomáticos que los proyectos terapéuticos disparan;
b) mostrar la profunda interdependencia que tienen los trabajadores para realizar el trabajo;

c) visibilizar el permanente desborde del territorio instituido por la acción del propio trabajador, que le imprime una singularidad disputada micropolíticamente, con capturas y autogobierno de sus procesos de trabajo.

d) demostrar cómo ante un obstáculo el flujo no se detiene, sino que traza otras líneas, llega a otros encuentros;

e) visibilizar que el ámbito del TVA es un ámbito de lo desigual, de la multiplicidad, y por lo tanto se desarrolla en un contexto de tensiones, acuerdos negociados y conflictos en permanente variación.

2. Mapa de los actos inusitados: en el trabajo en salud se procesan muchas contingencias que son resueltas. En el cotidiano del trabajo se presentan problemas no esperados, que invocan la creatividad y la gestión de un proyecto terapéutico singular. Queda visibilizado lo que cada uno hace con su autogobierno. Su potencia analizadora radica en el hecho de que lo no frecuente afecta al sujeto y al equipo.

3. Mapa de los actos inútiles: se parte del presupuesto que algunas de las actividades que realizan los trabajadores no son importantes o útiles, produciendo actos inútiles. Esto puede actuar de analizador de los procesos de trabajo.

La mirada inicialmente colocada en las representaciones de la realidad se abre a las vibraciones e intensidades de los afectos que se manifiestan, de a poco la 'mirada retina' se transforma en 'mirada vibrante'²¹. Se revela que las situaciones trabajo inútiles, conflictivas y contingentes son compartidas por los trabajadores, como también su protagonismo en las situaciones cotidianas.

Además, como el análisis se produce en acto (en acontecimiento), los trabajadores pueden percibirse y producirse a sí mismos, con la apertura del flujo de intensidades que provoca, permitiéndoles operar en una plataforma instituyente desde el interior de la institución. (34).

Los mapas analíticos son instrumentos que pueden propiciar el autoanálisis, condición para que los trabajadores produzcan el cuidado de sí mismos, al cuidar de los otros y analizar sus compromisos con la producción de la vida, en esa situación (34 p.190).

Otro aporte relevante lo realizan T. B. Franco y H. Scabelo Galavote con el artículo "Em Busca da Clínica dos Afetos" (4), allí analizan con un estudio de caso (el paciente J.R), la existencia de distintos efectos terapéuticos producidos en el encuentro cuidador, abarcando tanto el 'cuerpo anátomo-clínico' descrito por Foucault en el "Nacimiento de la clínica", como el 'cuerpo afectivo', descrito por Deleuze y Guattari en "Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia" (48).

Al cuerpo con órganos objeto de la clínica biomédica le suman el 'cuerpo sin órganos', objeto de la clínica afectiva.

²¹ Rolnik describe la 'mirada retina' como aquella capaz de ver las formas, las estructuras de los objetos y sujetos, y la 'mirada vibrante' a aquella que percibe los afectos, las intensidades, capaz de "ver" el cuerpo afectivo (32)

Lo sepan o no, los trabajadores producen afecciones en el encuentro cuidador, pudiendo mejorar las posibilidades de recuperación o disminuirlas, dependiendo si el encuentro genera en el usuario alegría o tristeza, aumentando o disminuyendo su potencia de afectar y realizarse (4, 6).

En el medio universitario local encontramos en el Repositorio Digital Institucional “José María Rosa” de la UNLa, la Tesis de Magister de María Claudia Balenzano, denominada “Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires” (47). En el mismo se problematiza el lugar que ocupan los trabajadores sociales (como disciplina), en los procesos de gestión institucional. Se realiza un análisis micropolítico del TVA del Servicio Social a partir de las relaciones que se dan al interior de la institución y con el afuera del propio Centro.

El procedimiento general fue: primero los datos fueron organizados por ámbitos de trabajo, luego se describe el TVA del Servicio Social, una nueva revisión de las entrevistas usando el método comparativo entre las diferentes unidades productivas (semejanzas – diferencias – contradicciones, e intra y/o extra hospitalarias), para finalmente utilizar lo producido hasta aquí como insumo y material de análisis para realizar ‘mapas analíticos’ y la ‘red de petición y compromisos’.

Este trabajo es una cartografía en la medida que se propone un cambio de la realidad, entiendo que no lo logra plasmar en las acciones metodológicas que está centrada más en describir que en coanalizar y emancipar. Adapta herramientas pensadas para visibilizar flujos constituyentes de la organización y de la acción en salud, en herramientas para describir (hay una ruptura epistemológica cayendo en un modelo más estático determinista).

9. MATERIALES Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: cualitativo, cartográfico.

La convocatoria se realizó mediante una nota explicativa (Apéndice A) y también personalmente, visitando cada uno de los CAPS, hablando con los trabajadores.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

a) trabajar en un CAPS;

b) firmar un consentimiento informado con la aceptación de las grabaciones de las conversaciones de los encuentros y las condiciones de confidencialidad, de anonimato de los encuentros, y de libertad de abandonar su participación cuando lo deseen.

Los talleres se realizaron en el CAPS “Barrios del Este”, luego del horario de trabajo.

En las narrativas desgravadas se mencionan nombres de personas, para identificarlas se utilizan códigos o nombres de fantasía.

En consonancia con la necesidad de rigor científico en los análisis que se realizan, cuando hay tanto de subjetivo e inconsciente tanto en el investigador, en el problema seleccionado, como en el proceso de investigación, se ha realizado un plan de vigilancia epistemológica consistente en darle la mayor organización posible a la investigación y además visibilizando los supuestos teóricos, metodológicos y pragmáticos del investigador.

Las fuentes de datos fueron talleres, entrevistas y estudio de un material en Power Point. El proceso de construcción de datos se hizo partiendo de lo planificado, para luego trazar rizoma con las posibilidades (oportunidades) que las salidas al campo fue presentando, incorporando unidades de análisis no planificados originalmente.

¿Un sistema de Matrices de datos para la cartografía?, ¿cumple la cartografía con los cánones de científicidad?, trataremos de problematizarlo analizando sus relaciones con los aportes de Juan Samaja sobre *Matrices* (49).

Según este autor, la traducción de la experiencia espontánea a una descripción científica se llama *dato*, y las dos virtudes cardinales del dato científico son a) la *validez*,

puesta en juego por la selección de las variables (sus dimensiones observables); y b) la *confiabilidad* por los procedimientos utilizados.

Entendemos la vigilancia epistemológica como la forma de traer científicidad al proceso del saber a partir de investigar acontecimientos en acto, que se guía con una 'caja de herramientas' que contiene 'conceptos herramientas' y 'pistas cartográficas'.

Epistemológicamente hay un encuentro racionalista - inmanentista, con lógicas del mecanicismo y del vitalismo, que Deleuze denomina funcionamiento maquínico de la realidad (41).

Como la cartografía implica una apuesta ético política con un modo de decir que exprese procesos de cambio de sí y del mundo, trabajamos con el establecimiento de Objetivos, aunque sin tener una metodología fija prediseñada, como exige el pensamiento de la representación donde "pienso, luego existo".

Según Samaja (49), todo *dato* científico tiene cuatro componentes: unidad de análisis, variables, valores e indicadores. El autor propone una representación espacial que permita visibilizar rápidamente el carácter jerárquico de las relaciones entre los cuatro componentes: la *matriz de datos*.

Si bien la cartografía investiga "mirando" cuerpos, planos (de organización, de consistencia), y líneas (molares, moleculares y de fuga), para organizar el trabajo que a continuación presentamos tomamos la contribución de Samaja.

-Unidad de análisis (UA): es cada encuentro cartográfico como *socius* investigativo, de producción de los *datos* de la micropolítica. Pueden ser encuentros de cuerpos humanos y no humanos, materiales e inmateriales (6).

-Variables: en lenguaje cartesiano, las variables son las funciones de la UA, cuyos valores se utilizan para sacar conclusiones de la misma. En la cartografía las variables de la micropolítica no son recortes fijos, adjetivos tan claramente identificables, como variables fijas y aislables en el objeto.

Sin embargo, para conocer y analizar los procesos micropolíticos del trabajo se investigaron las siguientes "variables":

1. Composición Técnica del Trabajo (CTT)
2. Grado de centralidad del usuario en los procesos de trabajo.
3. La caja de Herramientas y sus apuestas ético políticas.
4. Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

No debemos dejar de tener presente que el sentido utilizado de las variables, en este caso no es el referido por Samaja, como cualidades del objeto, sino más bien como relaciones de un objeto en movimiento, acercándose más a 'categorías de análisis' que a aspectos de un objeto fijo.

-Valores: los valores de las variables se interpretaron a partir de las distintas fuentes de información: material gráfico, entrevistas y talleres cartográficos.

-Indicadores: son las operaciones que permiten obtener los valores de las funciones. Es algún tipo de procedimiento que se aplique a alguna dimensión de la variable, para saber qué valor de ella le corresponde a la unidad de análisis determinada.

En nuestro caso utilizamos las narrativas y expresividades producidas por la investigación, mediadas principalmente por las herramientas analizadoras ('la red de petición y compromisos' y el 'flujograma analizador').

En varias situaciones institucionales, estas herramientas nos han permitido acercarnos a las diferentes manifestaciones expresadas en la micropolítica del cotidiano en los servicios de salud, como situaciones analizadoras, a través de las acciones de sus actores/sujetos situados como operadores del "trabajo vivo en acto" (34 p.190)

Para el análisis de los textos desgravados se realiza el siguiente procedimiento:

- a) se realizan dos lecturas "fluctuantes", horizontales y exhaustivas, "sin interferencias contextualizadoras" (50 p.291),
- b) luego el material es clasificado según su aporte a las cuatro variables seleccionadas, incluye una nueva "escucha vibrante" de las grabaciones para revisar las intensidades vividas en los encuentros cartográficos, cuestión de revisar el plano de los acontecimientos que conforman la variable N° 4.

Tabla 2: Matriz de análisis. La unidad de análisis y sus variables.

Unidad de análisis	Variables
-Cada encuentro cartográfico y su micropolítica.	1. Composición técnica del trabajo. 2. Grado de centralidad del usuario en los procesos de trabajo. 3. La caja de herramientas y el tipo de apuestas ético políticas.

Elaboración Propia.

4. Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

La producción de datos ocurrió desde la etapa inicial de la investigación de campo y tomó la forma de cuaderno de campo (ver más adelante el subtítulo 'La experiencia').

9.1 La estrategia.

Se invita a participar de una investigación del trabajo que se hace en los CAPS a todos los trabajadores de Salud Comunitaria. Lo que "se hace" se convirtió en una categoría explicativa potente para comunicar la intensidad de la investigación.

Si bien el cartógrafo (investigador) se ha reservado la elaboración de la narrativa analítica, se utilizó el procedimiento de restitución de la misma a los participantes, para su discusión, reelaboración y en definitiva su profundización como construcción colectiva: en términos de conocimientos de su micropolítica, y en términos de producción de enunciaciones subjetivantes.

Sin juzgar sus prácticas cuidadoras, lo que se buscó es que cada uno pueda mirar "para adentro", que puedan percibir por ellos mismos las prácticas que tienen, siendo un supuesto teórico y pragmático del investigador que esa exposición tiene un efecto de autoanálisis y posibilidades de funcionar como acontecimiento sobre ellos. Es decir el permite las rupturas de los territorios existenciales, agrega cognición y cambia la subjetividad".

El cartógrafo, como parte de una relación intercesora de investigación, debe construir su caja de herramientas para llegar al campo y contar con instrumentos para producir conversaciones, visibilizar implicaciones, comprender situaciones, activar a los trabajadores, desestabilizar los síntomas, y enfrentar las resistencias a hablar de uno mismo.

Con el supuesto teórico que con la desestabilización de las formas instituidas en los sujetos es posible la construcción de un plano hiperconectivo entre ellos, se toma como dirección clínico política el desmontaje de los síntomas, quejas y problemas traídos por los trabajadores como una forma de conocer e intervenir en los territorios instituidos, y entonces acceder a fragmentos de la génesis de su micropolítica.

En definitiva, la caja con herramientas tecnológicas es utilizada para provocar situaciones de acontecimientos que funcionen como analizadores, que ayuden a los trabajadores a mirarse a sí mismos en el trabajo, visibilizando los sentidos éticos y políticos reflejados en ellas, y las biopolíticas a las que ellas contribuyen.

Por ello nuestra caja contó fundamentalmente con conocimientos teóricos metodológicos, y pragmáticos:

a) nos preparamos para desmontar el caso de la queja y la “catarsis” por los obstáculos de lo instituido, como resistencia a buscar “hacia ellos mismos” para el análisis de los procesos de trabajo (3);

b) para enfrentar esta resistencia nos ayudan las herramientas cartográficas, que como trabajan las ideas de redes normativas de la institucionalidad, también lo hacen con las redes rizomáticas de los trabajadores, con su capacidad de realizar desvíos ante los obstáculos, con gran libertad para elegir las formas de realizar sus actos en salud, con potencialidades instituyentes, buscando abandonar la mirada para afuera y dirigiendo la mirada a uno mismo (3);

c) en relación a lo anterior hacemos la distinción entre las nociones de *queja* (que cuando se elabora uno se posiciona afuera), y *problema* (en el cual nos ponemos adentro);

d) el conocimiento que para activar, para provocar al equipo, debe elegirse como analizadores a situaciones vivenciales y que incomoden al equipo (3);

-el supuesto teórico que no hay una separación entre los procesos de investigación e intervención, que analizar es conocer e intervenir, y por lo tanto la intervención está activa cuando estamos con los trabajadores analizando situaciones (3, 11);

e) que es en el encuentro que lo virtual puede actualizarse, lo posible puede realizarse y nuevas multiplicidades singularizarse en el grupo, por agenciamientos de enunciación y de deseo (41);

f) que para vivir la experiencia debe haber un esfuerzo en disolver el punto de vista de observador, buscando habitar los distintos puntos de vista en su emergencia, con la atención fluctuante, concentrada y abierta, receptivo al encuentro cognitivo-afectivo (11).

9.2 La experiencia.

El encuentro con el campo de investigación fue sin planificar. Lo que esperaba ansiosamente, imaginando la entrada a un taller analítico, preocupado por la concentración que requería esa “mirada vibrante” y todo el control atencional (para acceder al plano de consistencia), fue sin embargo, un acontecimiento para mí. Transcribo una carta dirigida al Tutor Jorge Arakaki con mis “sentipensares” de ese momento:

Trenque Lauquen, 15 de octubre de 2014.

Querido Profesor, ayer me di cuenta con alegría que la micropolítica se respira, se vive, y que como “alucinaban” Deleuze y Guattari viendo caminos de hormigas, por aquí y por allá, dibujando rizoma²², pude visibilizar una entrada a la cartografía de la micropolítica de los procesos de trabajo por un agenciamiento de una compañera, que ya había comenzado, estaba activa y en producción. Paso a contarte.

Ayer realicé la primera invitación a participar en la investigación a una promotora de salud (compañera 1) que trabaja en el CAPS donde me desempeño, le muestro el consentimiento informado y le explico. Esta compañera es considerada una amiga y “aliada ideológica”. Inmediatamente preguntó si la Dirección de Salud Comunitaria sabía del estudio. Le expliqué que era por fuera de lo institucional, para hacerse fuera del horario laboral y que no se iba a evaluar la gestión ni a los CAPS; de cualquier modo se mostró aprehensiva y con temores por el seguro llamado de atención y alguna represalia de la DSC, comentando de un problema que había tenido con un grupo de trabajadores por invitar a estudiantes de terciario a presenciar un taller sin avisarle a la DSC, y también recordando un episodio donde la Directora la presionó por haber elegido participar en una reunión privada (un sábado, fuera del horario laboral), cuando ella la había invitado a una actividad comunitaria, que se organizaba desde la DSC (sin obligación de participar).

Allí fui agenciado, la compañera 1 (C1) funcionó como un dispositivo que me llevó, en un pasaje fugaz de perplejidad, a otro territorio, con más alegría, un encuentro que me estimuló a pensar y ver nuevas cuestiones que se anudaban en la viabilidad del proyecto. Comprendí que la idea de hacerlo “por fuera” de lo institucional, era (también) elegir un conjunto de trabajadores “amigos”, y que esto (también) contribuía a construir (reproducir) una situación “gueto” (32), divisorio del colectivo de trabajadores, ya que el

²²Referencia utilizada por los autores para construir una imagen de la elaboración del libro “Mil Mesetas. Capitalismo o esquizofrenia”, al que concretaron “a cuatro manos” y a muchos más, que eran ellos como multiplicidades (48 p.26). Esta Nota al pie fue incorporada posteriormente.

listado de los 20 invitados iniciales resultaban en su mayoría compañeros con los que compartimos afinidades e historias desde 2008.

Por otro lado, la respuesta que me diera la DSC también decía, como hacerlos micropolíticos, abriendo la investigación.

Así, lidiando con mis implicaciones y sobreimplicaciones respecto a la figura de la DSC, y abonando a la viabilidad de la investigación, a sus posibles efectos en el trabajo, y también al cuidado de los compañeros, hablé con la Directora (telefónicamente), comentándole sobre el trabajo, sus objetivos y metodología. En principio, aunque no lo entendió bien, estuvo de acuerdo con el trabajo, y me solicitó que le enviara el proyecto para evaluarlo y pasárselo a la Dirección de Asuntos Legales de la Municipalidad, ya que tiene que llegar al Honorable Concejo Deliberante para autorizarlo. Cuestiones difíciles de entender pero que no se discutieron.

Así, voy a elaborar un resumen del proyecto, se lo envío y espero su contestación. Esta situación atrasa el comienzo de los talleres una semana.

El lugar conseguido para los encuentros es el Sindicato de empleados municipales de Trenque Lauquen.

Abrazo!

15 de octubre, 19,30 hs.

Me encuentro en la casa de la compañera 2 (administrativa), amiga con la cual compartimos mucho, desde la gestión de la DSC del 2008 al 2010 hasta en las primeras etapas de ésta tesis, cuando era un proyecto que buscaba poder organizarse (sus aportes en conocimientos de investigaciones sociales y de escritura académica fueron fundamentales para mí), le comento lo sucedido, específicamente que la Directora de Salud Comunitaria va a revisar el proyecto para autorizarlo, e inmediatamente, como si se le hubiera “escapado”, dice: *si lo autoriza la directora, yo no participo*.

Así, el rizoma se expande por conexiones, aparece una línea/meseta en la que oficio de articulador, provocando un encuentro/acontecimiento entre la compañera 2 y el cuerpo simbólico de la autoridad, compuesto por lo que le representa la DSC. La narrativa es significativa para percibir un mal encuentro para la compañera 2, que pierde potencia al punto de colocar su no participación en la investigación (de la que ella ya

participó), como una posibilidad de antagonismo - resistencia, todo un ejemplo de producción de antiproducción²³ (41), como efecto de ese encuentro.

19 de octubre, 16 hs.

Encuentro no planificado en mi casa, con tres amigos y compañeros de los CAPS): la C3 (médica generalista), la C4 (administrativa de la DSC), y el C5 (profesor de educación física). La C4 comienza a relatar una experiencia - acontecimiento donde a se le prohíbe participar en las reuniones de equipo del CAPS Ramón Carrillo, centro emplazado en el mismo edificio (horizontal), que la DSC.

Se visualiza allí una fuente de información de la micropolítica de las relaciones que se establecen en el trabajo, especialmente entre compañeros trabajadores, y se propone grabar los relatos. Así, sin haber planificado una entrevista, esta compañera empieza a hablar y hablar y hablar, con muchas ganas de compartir sus experiencias de trabajo. Es la primera grabación que realizo, y el contexto es coloquial.

Los compañeros que participan conocen someramente la investigación, y con quien suscribe comparten muchas ideas, habiendo principalmente afinidades, aunque también diferencias.

Esta entrevista constituye la 'Unidad de análisis N° 1'.

El 20 de octubre soy notificado por la DSC (Apéndice B), de la aceptación muy conforme, de realizar la investigación en Salud Comunitaria. En la misma, la Directora acepta las condiciones solicitadas telefónicamente: expresa su renuncia a participar activamente en los talleres (para que el análisis encuentre a los trabajadores con la mayor libertad de hablar posible), y tampoco va a pagar horas extras, como habitualmente hace por participar en el espacio de capacitación de la DSC.

Esto último con la importancia simbólica de separar la investigación de un espacio formal que tiene sus propios significantes.

²³ La realidad se procesa en tres Procesos: producción, reproducción y antiproducción (41). Para Deleuze y Guattari todo es producción, y cuando a la producción deseante se le añade el producto (producir-producto), aparece un nuevo elemento que es la antiproducción misma ["la muerte del deseo que también desea" (41 p.160)]. Puede ser que se trate de una producción de producción (subjetivaciones), de una producción de reproducción, o de una producción de antiproducción; es decir que la misma puede ser encaminada a la reproducción o a la antiproducción o destrucción.

Respecto al análisis del proceso de investigación hasta este punto, se puede decir que la entrada al rizoma investigativo fue el intento de realizar la investigación por fuera del campo institucional de los CAPS, cuestión relacionada con remover un obstáculo a la libre participación de los trabajadores (un prejuicio del investigador que tiene una imagen paranoica de la Directora de salud Comunitaria). Pues luego de la intervención de la C1 entendemos la necesaria conexión con la DSC, avanzando en solicitar su aval.

Para esto se elabora un resumen del proyecto al cual se le quitan o modifican algunos puntos, en parte por reducir el número de hojas para poder ser estudiado rápidamente, y también por contener textos con posibilidades de ser muy ofensivos para la DSC, como algunos supuestos de taylorismo duro y hegemónico de su gestión, que además de no cambiar ninguna cuestión esencial del proyecto de investigación, nos hace preguntarnos sobre nuestros supuestos, ¿será taylorismo?, por la experiencia del trabajo en la organización, seguramente, pero, ¿cómo explicamos que una autoridad, con la que el investigador y otros, hemos sido antagónicos (al punto de la producción de antiproducción), acepte la investigación con las condiciones exigidas?, ¿tendrá que ver con cambios producidos por una reciente formación coaching²⁴ canalizada a través del espacio de capacitación de la DSC?...

Las modificaciones:

- el título quedó “Cartografiando procesos de trabajo en Trenque Lauquen”, quitándole ¿Centros de salud en crisis?, cuestión previamente pensada, ya que con este paradigma spinoziano - deleuziano - guattariano no cabe la noción de crisis (no como focalización), donde hay crisis hay no crisis, donde hay impotencia, hay potencia.
- se quitaron los ‘agradecimientos’ y el ‘epígrafe’,
- la situación problemática se resumió en el problema,
- se redujo el contexto subjetivante local, como se ha dicho.

Ese mismo 20 de octubre, más tarde, nos encontramos en el ‘CAPS Barrios del Este’ tomando mate en “archivos” (cuarto donde se guardan las Historias Clínicas), con la compañera 6 (enfermera), compañera 7 (auxiliar de limpieza), compañera 8

²⁴ Coaching (AFI: [ˈkɔʊtʃɪŋ], anglicismo que procede del verbo inglés to coach, «entrenar») es un método que consiste en acompañar, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o de desarrollar habilidades específicas. En el entorno empresarial y personal se conoce por coaching al proceso interactivo y transparente mediante el cual el coach o entrenador y la persona o grupo implicados en dicho proceso buscan el camino más eficaz para alcanzar los objetivos fijados usando sus propios recursos y habilidades (51).

(administrativa) y la compañera 1 (promotora de salud). Les cuento brevemente la idea de investigar participativamente, que la DSC está de acuerdo, e inmediatamente la compañera 6 pregunta: ¿van a pagar horas extras por participar?...

Su intervención me produce un nuevo agenciamiento, me invita a reflexionar sobre las posibles consecuencias de utilizar el espacio de capacitación formal de la DSC y poder conversar libremente del trabajo, ya que el mismo tiene otras significaciones (supuestos del investigador):

a) para los trabajadores:

-como efectos de sobreimplicaciones económicas, por el pago de horas extras por participar en las capacitaciones (independientemente, y sumado a su posición ideológica respecto al proyecto y a la autoridad de la DSC);

-como un espacio identificado como fuente de presiones sobre los compañeros que no quieren participar en las capacitaciones, especialmente (y no sólo) a los trabajadores que se encuentran con la beca del Programa de Médicos Comunitarios (PMC);

-como espacio simbólico (como sobreimplicación psicológica), para aquellos trabajadores antagónicos con la DSC, que no participamos de las capacitaciones como forma de participar de una resistencia a la DSC. Un ejemplo es lo referido anteriormente con la compañera 2 (15 de octubre, 19,30 hs.).

b) para la investigación:

-como avance en la viabilidad del estudio, en cuanto a que los trabajadores concurren a ese espacio investigativo sin temores a represalias de la DSC (suponiendo la existencia de la lógica de “bandos”²⁵, recuérdese la historia de los CAPS);

-sumando ‘confiabilidad’ al estudio. Si bien este no es un estudio con una metodología estabilizada, y dos cartografías nunca darán los mismos resultados, el hecho de ser convocada ampliamente por la DSC y por el investigador, le quita un ‘sesgo de selección’ resignificado a su efecto político, produciendo igualdad en las posibilidades de participar, amigos o no, mandados o no. Es decir, mayores condiciones subjetivas de transversalizar, de conectar;

-Como significativo para trabajadores con territorios subjetivos capturados por lo instituido y por la lógica de “bandos”, haciendo más difícil llegar a hablar libremente de

²⁵ Llamo lógica de “bandos” a la existencia de un grupo antagónico a la figura de la Directora de Salud Comunitaria (de 5 o 6 personas, entre las que figura quien suscribe).

lo que 'se hace' en el trabajo y hacer el giro de poder verse a sí mismos ante otros en los que no se confía.

Además, se gana en la posibilidad que los resultados de la cartografía produzcan movimientos en la organización, ya que al trabajar desde la formalidad se lo hace en proximidad de la autoridad de la DSC, que puede ser agenciada por los resultados que vaya produciendo la investigación.

Se acepta el espacio de capacitación y se realiza una invitación abierta elaborada por el investigador y levemente modificada por la DSC (que cuenta con la mayoría de los elementos del consentimiento informado), incluyendo que no se recibirá beneficio económico por participar (Apéndice A y C).

24 de octubre, 15 hs.

Me encuentro trabajando en el CAPS Indio Trompa e invitando a los trabajadores al taller cuando la compañera 9 (trabajadora social), al saber que se estudia "lo que se hace" en los CAPS, por propia iniciativa me muestra el trabajo que está realizado con el compañero 19 (promotor de salud):

a) por un lado un mapa con familias usuarias categorizadas del siguiente modo: "de Riesgo", en color rojo; "Vulnerables" en color gris, y "en Observación" en color amarillo (Anexo N° 2);

b) por otro lado una presentación en Power Point de un caso construido por ellos, que llevaron al espacio de capacitación de la DSC.

Al observarlo inmediatamente me parece visualizar signos que hablan de una determinada concepción del trabajo en salud, y que dicho material puede constituir otra fuente de información de las micropolíticas que subyacen a lo manifiesto. Por ello les solicito una entrevista (a la trabajadora social (C9) y al promotor salud (C19), para poder hablar del trabajo realizado.

La entrevista se realiza el día 28 de octubre de 2014 y constituye la Unidad de Análisis n° 2.

19 hs. Primer taller grupal: 'La Red de pedidos y compromisos' (Unidad de análisis N° 3). Este es el primer taller programado, y como se dijo, se convoca al 100% de los trabajadores:

- a) mediante su difusión gráfica con carteles que llegaron a los CAPS (Apéndice A);
- b) con una invitación que realizó la DSC mediante el grupo de Facebook de la DSC;
- c) personalmente realicé un recorrido por los cuatro CAPS, charlando con los trabajadores e invitando.

Se realizó en el CAPS Barrios del Este y participamos 10 compañeros: cuatro administrativas, una promotora de salud, una enfermera, un psicólogo y tres médicos generalistas. Constituye la Unidad de análisis N° 3.

Llegué al encuentro con temores de no poder captar procesos de forma objetivada, con muchas dudas entré al escenario con algunas pistas (11) bien presentes: posicionarme lateralmente, no interpretar en medio del taller, mantener la atención abierta y concentrada, y desarmar todo lo que pueda aparecer como quejas, territorios identitarios fijos, o sentidos eticopolítico alejados de los intereses de los usuarios.

Con unos papeles afiche, fibrones y un último repaso de cómo lo habían hecho Emerson Merhy y Tulio Franco en Brasil, encaré el taller (conectando su rizoma con nosotros, trabajadores de la salud del interior bonaerense).

En la presentación se aclaró el enfoque de la propuesta, y la dinámica de trabajo estuvo ocupada por la actualidad laboral. Aun así un compañero psicólogo (C20), ya finalizando el taller, trae la historia referida en el 'contexto subjetivante local', con expresividades de un territorio nostálgico y angustioso.

Terminado el taller, muy satisfecho con lo vivido, me sentí emocionado, potenciado por sentir que se había dado un paso importante en la investigación. Esa misma noche le escribí al Tutor:

*Fue muy emocionante, vi de todo, las dudas respecto a mis juicios previos (que me dijeron en la evaluación), quedaron aclaradas. 10 compañeros, enfermero, médicos, trabajadora social, psicólogo, promotora de salud, administrativas
Abrazo.*

En el proceso de explorar y habitar los territorios que iban surgiendo, lo que más me costó fue frenar la re cognición interpretante y quedarme en lo que se decía, abierto, con el dándose. Fue útil recordar las palabras del Dr. Aguirre, jurado de este proyecto y

psicólogo estudiante de Deleuze: *“lo que la gente te dice, es lo que te dice, no es que quiera decir otra cosa”*.

Con una semana de tiempo hasta el próximo taller tuve que construir un análisis apretado del encuentro anterior, con esa síntesis y con la idea de profundizar su análisis y presentar la nueva propuesta con el ‘flujograma analizador’, me presenté en el segundo taller.

Sin embargo, la trama de la realidad nos saca de la ilusión de una planificación que pueda “preceder y presidir” la acción, y el análisis del Power Point (Apéndice E), disparó una conversación intensa de 1 hora y 23 minutos, constituyendo la Unidad de Análisis N° 4, la restitución y colectivización de la construcción cartográfica del primer taller, profundizado en este segundo taller.

De este segundo taller, el día 31 de octubre, participaron cinco compañeros:

1. C3, es médica generalista y mi esposa. Un supuesto del investigador es que C3 se encuentra en un territorio despotenciado, muy afectada en su subjetividad. La historia vivida en el trabajo, y el cotidiano organizacional con rasgos tayloristas fueron y son fuentes de afecciones tristes, que a ella le trajo devenires resentimiento, bronca, antiproducción.

2. C2, es administrativa en un CAPS, aunque me acompañó como secretaria general cuando dirigí la DSC. Estuvo en la génesis y “primera infancia” de la DSC.

Mi supuesto es que ella también se encuentra entre las más afectadas por la historia pasada, y también reciente, por experiencias de malos encuentros con la DSC.

3. C20 es el esposo de C2, también muy comprometido con el proyecto inicial de Salud Comunitaria, y tristemente afectado por la historia reciente, es psicólogo en el mismo CAPS que C3, y aún con una amistad personal y horarios compartidos, no logran salir de la queja y trabajar en equipo (marcando un territorio existencial muy afectado).

4. C7 es una trabajadora ‘auxiliar de limpieza’ que ingresa en el 2011 al plantel municipal, no se encuentra afectada por la historia institucional referida y tiene simpatía con la autoridad sanitaria.

5. C1 es un promotora de salud que vivió la “crisis” de la historia institucional, y un supuesto del investigador es que fue afectada en menor medida que a los primeros tres compañeros (C3, C2, C20).

6 de noviembre.

Le solicito a la Directora de Salud Comunitaria las fechas posibles para hacer los talleres próximos y con la intención (no manifiesta), que ayude a “hacer participar” a otros trabajadores, los que habitualmente lo hacen en el espacio de capacitación. Ya han transcurrido los dos primeros talleres y las participaciones son prioritariamente de sujetos con simpatía al investigador.

Este movimiento parte del supuesto pragmático que esto es abonar a las posibilidades de transversalización y de visibilizar otros funcionamientos de hacer en salud, con expresiones en otros compañeros. Sugiere dos fechas y cambiar la estrategia de convocatoria, con enfoque en una “capacitación”, que sea más atractiva que la de “participar en una investigación”. Se elige la fecha señalada más próxima y se elabora otro folleto para la convocatoria (Apéndice D)

10 de noviembre

Con los movimientos del 6 de noviembre, la investigación fue mejor posicionada como una política constructiva marcada por la intención permanente de tener la mayor cantidad de voces posibles.

Se cambia el día de los talleres al miércoles, día de “capacitación” (formal) y símbolo de la DSC.

19 de noviembre

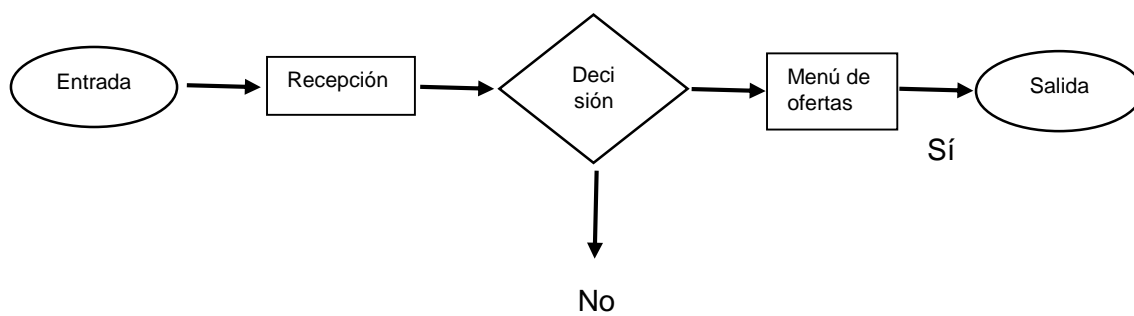
En esta Unidad de Análisis N° 5 participan cinco trabajadores, más quien suscribe: C1, C7, C2, C3, incorporándose un promotor de salud (C12) con gran afinidad con la DSC.

Al comienzo de este taller se presenta el ‘flujograma analizador’ como una forma de estudiar el trabajo como cadena de producción.

Se coloca la mirada en el usuario, como objeto de un procesamiento cuidador que implica el accionar de varios trabajadores en una unidad de producción (en nuestro caso el CAPS). Se trata de hacer el recorrido del usuario por esa “maquinaria productiva” multiprofesional, y su deconstrucción analítica.

Al inicio del encuentro se ofrece un pequeño marco teórico y el “flujograma resumen” como se presenta abajo:

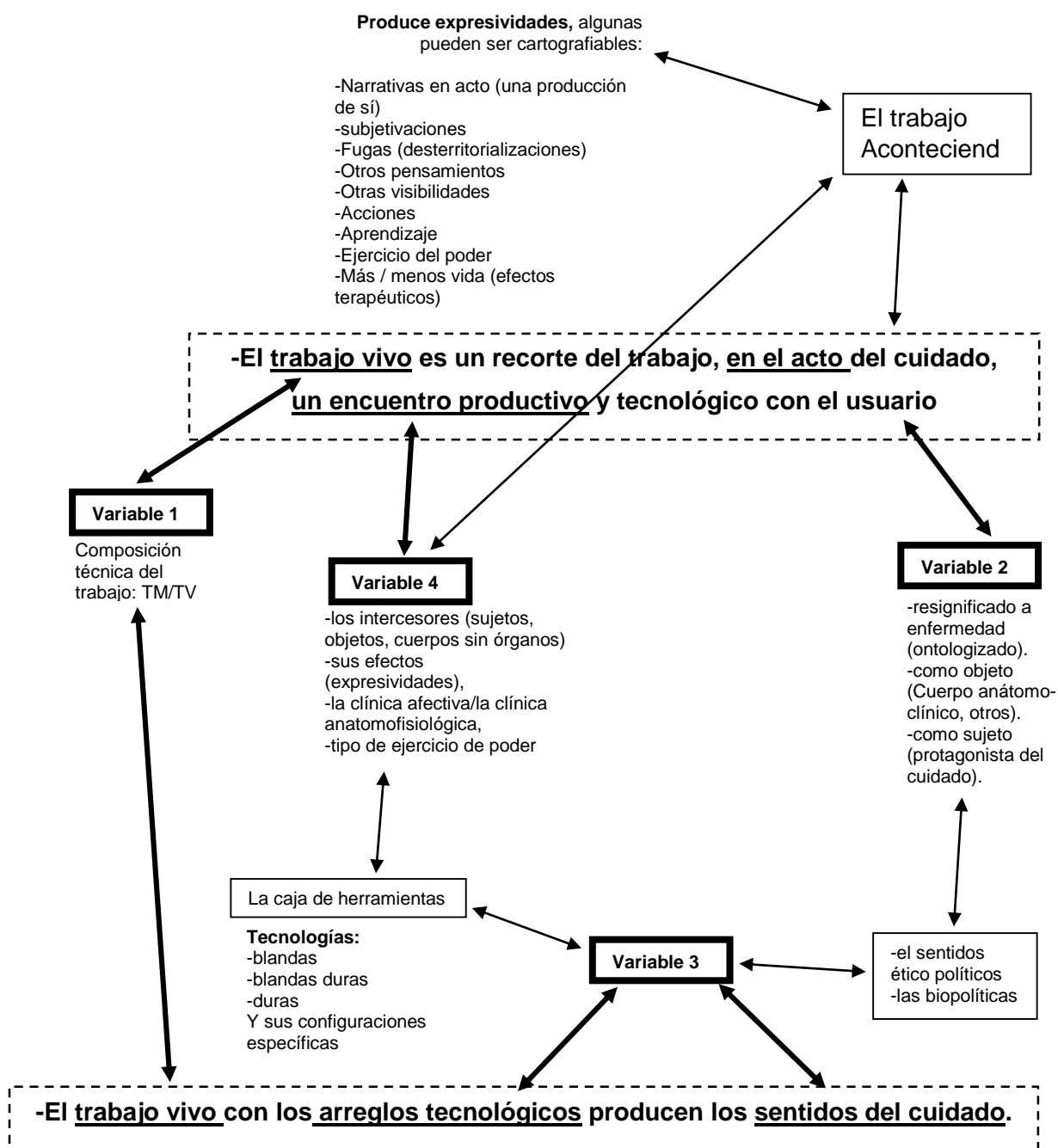
Figura 1: Flujograma resumen (3 p.23).



10. ANÁLISIS.

10.1 La red conceptual para el análisis.

El marco conceptual analítico puede ser resumido con la siguiente red, organizada a partir de los cuadros punteados. Se integran las Variables seleccionadas para exponer el alcance (y las limitaciones) de ellas, en los procesos micropolíticos investigados:



La variable N° 1 discrimina el trabajo muerto y el trabajo vivo, y luego los correlaciona. Al distinguir los conceptos TM y TV como totalidades independientes, permite identificar grados de correlación entre bloques vivo y muerto.

Es útil para hacer un recorte relativamente preciso del trabajo vivo, y delimitar el campo del TV como lo relacional del trabajo.

Conecta con cierto solapamiento con la Variable 3, dedicada también al TV pero metiéndose en él, y mirándolo desde los medios tecnológicos de sus modalidades productivas, donde los sentidos éticos políticos del TV tecnológico hacen la diferencia.

La variable N° 2 focaliza en el usuario y lo ubica en el lugar que le otorgan los trabajadores, en sus procesos de trabajo.

La variable N° 3 indaga sobre los medios de producción y los sentidos del trabajo que cada trabajador coloca, principalmente en forma de 'arreglos tecnológicos' del hacer singular en salud.

La variable N° 4 analiza los encuentros, las intensidades, las relaciones intercesoras, las afecciones, las desterritorializaciones (fugas), el ejercicio de poder que se hace.

Con estas variables esperamos acceder a la micropolítica de los procesos de trabajo, que de forma sintética nos permitirán:

- la Variable N° 1: acceder al TVA;
- la Variable N° 2: ubicar el lugar del usuario en el hacer de los trabajadores;
- la Variable N° 3: conocer los sentidos éticos políticos del trabajo;
- la Variable N° 4: acceder a los *encuentros afectivos* y acontecimientos.

10.2 Los Participantes.

Participaron 15 trabajadores contando al investigador.

- cuatro administrativos.
- tres promotores de salud.
- tres médicos generalistas.
- una enfermera.
- un psicólogo.
- una auxiliar de limpieza.
- un profesor de educación física.

-una trabajadora social.

De ellos, se puede decir que cuatro tienen gran afinidad ideológica con el investigador, cinco son relativamente amigos, tres son compañeros de trabajo sin relaciones particulares, y 2 son compañeros de trabajo con los cuales el investigador mantiene diferencias importantes en cuanto a los aspectos ético políticos de sus cajas de herramientas.

10.3 Unidad de análisis N° 1: entrevista coloquial no estructurada.

Duración de grabación: 29 minutos y 50 segundos.

Fecha: Lunes 20/10/2014.

Participantes:

- C16: Compañero 16 (investigador).
- C4: Compañero 4 (administrativa y entrevistada principal).
- C5: Compañero 5 (profesor de educación física).
- C3: Compañero 3 (médica generalista).

Esta entrevista encuentra a la C4 como principal interlocutora del trabajo. Narra vivencias de su trabajo como administrativa de la Dirección de Salud Comunitaria (DSC), que como ya se ha mencionado, dirige y administra los CAPS, y se encuentra emplazada en el CAPS Ramón Carrillo.

En su relato impresiona vivir un encuentro con la investigación, y acontece un agenciamiento que se manifiesta cuando tiene frente a sí al grabador, cambiando el ritmo de su expresividad, continuando con un esquema de malestar profundo por los recuerdos del trabajo, que libera en un territorio subjetivo muy capturado por la bronca y el resentimiento, percibiéndose fuertes intensidades de queja y de antagonismo con otros trabajadores del CAPS.

10.3.1 Variable 1: Composición técnica del trabajo (CTT).

a) Puede visibilizarse en la C4 una fuerte presencia del trabajo vivo, contrastando con lo esperado en alguien que tiene en sus procesos de trabajo mucho de trabajo muerto, por cumplir funciones de administrativa en la DSC.

C4: C10, estaba C11, estaba C12. Estaba C13 que decía que nosotros teníamos que participar de la reunión de equipo porque las chicas chiquititas se meten a la Dirección a buscarnos para que vayamos a jugar con ellas.

C4: Bueno, "vamos a bailar el día del niño"... total... nada... les compre tela no tejida, les arme un vestidito, que se yo, y nos fuimos a bailar cuatro o cinco minutos como mucho, un tema...

C4: Pero si, ya está... yo no hago más nada... no quiero meterme más en nada... yo estoy laburando con una familia... hago mi trabajito me voy y ya está... que no me rompa las pelotas. Que si trabajo porque trabajo, que sino trabajo porque no trabajo, no!... me hincha las bolas. Demasiado quilombo por...

Por otra parte, la DSC como 'unidad de producción', funciona con una lógica de producción y transmisión de información del trabajo que se realiza en los CAPS (con valor principalmente económico, como diversas prestaciones facturables del plan SUMAR). Es decir que los procesos de trabajo de C4 se caracterizan por la elaboración de productos bien definidos y con poco contacto con los usuarios.

Su trabajo podría estar muy burocratizado, ya que a diferencia de las administrativas de los CAPS, de C4 no se espera que atienda directamente a usuarios.

C4: Fui con las planillitas. "Sí, ¿qué pasó?", me dice..."Mira, ¿te hago una consulta?", le digo yo, "¿vos hiciste controles que están firmados?, ¿hiciste estos controles de salud a estos tres chicos?", le digo yo, "¿y en el bono me pones receta?, ¿Por qué me pones receta?", le digo, "y no me pones control de salud, que a mí me sirve como estadística para SUMAR, cargar. Si es un control de salud me pagan...". Dice: "A ver, a ver, pará, pará, vamos al consultorio"... Entonces voy al consultorio y voy a la grilla de diagnóstico y le digo, "pero no me tenés que poner Z7 no sé cuánto...", le digo.

b) En la entrevista se visibilizan algunos efectos del "sistema de cobro por productividad" como gran implicador económico de los procesos micropolíticos del trabajo, que añade significantes y capturas al trabajo vivo de los profesionales.

Se trata de un sistema de cobro del sueldo muy particular, por un lado con una lógica cuantitativista del trabajo: el que atiende a más usuarios, gana más dinero, y por otro lado, según cual sea el diagnóstico, varía su valor económico.

Aproximadamente, y con fines de calificar esta sobreimplicación, un sueldo de médico de \$ 6.000 (24 hs. Semanales), asciende a \$12.000 atendiendo a unos 300 usuarios en el mes (15 atenciones por jornada laboral)²⁶.

En este sistema se reconoce la asistencia de cada usuario como unidad productiva, cuyo valor es variable según si la consulta (en el mes) es:

-la primera: \$50;

-la segunda: \$25;

-ulteriores: \$0.

Además, si es:

-una consulta en domicilio: \$40;

-una reiteración de receta: \$25;

-una práctica de Papanicolaou (PAP): \$12,50.

-una consulta con Obra Social: \$0.

La “productividad” no incluye otras variables del cuidado, y es un supuesto pragmático que el menor valor de las consultas domiciliarias opera una tendencia al trabajo intra-consultorio, agenciando la subjetividad ‘capitalística’ (32), compartida entre los trabajadores.

El supuesto pragmático investigativo en este punto es que la “productividad” es un invento del extinto Intendente (mencionado en la historia institucional reciente), en sus primeros gobiernos, construido para “hacer trabajar a los médicos”, en el hospital.

Desde esa perspectiva se distingue en el ‘plano de organización’, una matriz taylorista – biomédica instituida como una forma de control por estímulo económico, imponiendo una lógica que se adelanta como supuesto, arrasa con la centralidad del usuario (este es un “telón de fondo” de la ‘Variable N° 2’). Lo que intentó significar “el que más trabaja, más gana”, terminó en “el que más cantidad de pacientes atiende, más gana”.

En nuestro caso, la administrativa C4 discute con un médico que cambia el diagnóstico control de salud por el de receta, una maniobra para que figure una

²⁶ Todos los valores que se indican son estimativos a noviembre de 2014.

elaboración de receta, ante la oportunidad de un usuario con Obra Social, que no se va a cobrar (cuyo valor es de \$0). Más adelante se amplía.

En la entrevista se puede observar cómo el TM de las reglas instituidas relacionadas con el 'sistema de productividad', está dominando la escena con la administrativa del CAPS y los 3 médicos (como el desánimo al TV de las visitas domiciliarias, por su menor valor 'productivo').

C4: Yo me pongo a mirar por sistema, veo: "receta"... ¿Receta? Entonces voy y le pregunto a C10 "¿porque el doctor pone receta cuando hace un control de salud?", le digo. "Porque...no sé", me dice ella, "será porque tiene IOMA" y le digo "¿qué tiene que ver?"

C3: Bueh... yo te comento, el truquito que se hace habitualmente, como no te pagan el bono receta y quedaría muy mal que a fin de mes tengas recetas cero, aprovechan a los que tienen IOMA que de todos modos no les hacen la factura, y ponen receta, entonces...

C6: Pero como la Directora dice "que no, que hay que presentar receta". Pero, pará, pará, que a fin de año no le figure que hace cero recetas. Hacen pasar a los que tienen IOMA como receta, porque lo mismo a él no se lo facturarían. ¿Se entiende?

Además, si bien de modo aproximado, podemos asumir que las reglas institucionales relacionadas con la "productividad" capturan el trabajo vivo introduciendo como supuesto pragmático (análogamente a las visitas domiciliarias), una tendencia a reducir el tiempo prestacional, que aquí se traduce en más sueldo. También podemos imaginar una manera de reducir el tiempo prestacional instrumentalizando el trabajo lo máximo posible.

Con este contexto podemos suponer la constitución de un poderoso mecanismo de captura del trabajo vivo por el muerto, que en el análisis de las próximas variables se visibiliza desde otras miradas. El sistema de productividad endurece la 'composición técnica del trabajo' de los profesionales de la salud y en todos los CAPS.

10.3.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.

-En el caso de la C4, principal fuente de información en esta entrevista, ella pudo, mediante la producción de redes rizomáticas del trabajo, encontrar por donde realizarse, y allí, en esa potencia realizada, el usuario es central.

C4: “Porque C4 tiene que estar en la reunión de equipo, porque las chicas la van a buscar y C4 les da pelota, C4 es la única persona que le da pelota a las chicas”, dice. Entonces, bueno, se armó todo un quilombo, días, días.

C4: Bueno, entonces, siempre había quedado...durante un tiempo fue a las seis de la tarde, los jueves, que nadie de la mañana podía estar. Entonces se decidió... En realidad como hubo un quilombo por el día... Por el festejo del día del niño que lo armó C10, C11 y C15... Yo fui con las chiquititas que van a la mañana a armar una coreografía... yo fui y bailé.

C4: Lo mismo C14 diciéndole “escúcheme, usted dice que no puede estar, y se viene un domingo a ver a la Tota, a ver como está”, dice, “a traerle pañales, comida”, dice. “¡Un domingo!”, dice.

-También la administrativa C10, el médico clínico C15 y la auxiliar de limpieza C11, demuestran interés y se movilizan por los niños, organizando los festejos por el “día del niño”, cuestión que supone una centralidad del usuario en estas propuestas.

Sin embargo, mientras transcurrían los conflictos, los usuarios (las niñas) quedaron en un segundo plano, y antes de considerar la obra de C4 con las usuarias, pusieron en primer término la expulsión de la C4 del equipo del CAPS.

C4: Y me fui... bueno, y fui “la perra hija de puta que estuve en ese momento haciendo eso con las nenas”... Ellos no sabían nada... ellos se gastaron...

C4: Que me digan que no puedo participar, listo, no vengo a la reunión de equipo. Pero eso no significa que yo no voy a ir a charlar con la Tota, que no voy a ir a preguntarle qué le pasa, qué necesita, o voy a ir a hablar con Mariela lo que necesite.

-También el usuario fue visto como “consulta”, sobre el cual pesan significaciones sobreimplicadas asociadas al ‘sistema de cobro por productividad’.

C4: “¿Y qué diagnóstico es control de salud?”, me dice. “Z003”, le digo, “el control para adolescentes”, le digo, “pero no entiendo porque me pones receta”. “No, pero capaz que no... pero te debo haber puesto certificado”. “No”, le digo yo, “me pusiste repetición

de receta”, le digo yo. “¡Ah no! Pero, capaz que no... porque yo en realidad, pongo cualquier código que encuentro acá”.

El usuario es una “unidad productiva” que hay que acumular, conformando un sistema que, como ya se ha mencionado, tiende a disminuir el tiempo del encuentro cuidador, y como producto de ese encuentro, una significación económica visibilizada en el cambio de un diagnóstico por otro, banalizando la información epidemiológica e impactando directa e indirectamente en el lugar del usuario. Esto cabe para buena parte de los profesionales, ya que los no profesionales no cobran “por productividad”.

¿En qué pierde el usuario?, aparte de la disminución del tiempo de la consulta - y eficacia clínica-, el sistema no registra los problemas de salud de los usuarios, que quedan anulados epidemiológicamente. También los afecta indirectamente, como limitaciones que los servicios tienen por la imposibilidad de ofertar información a la gestión institucional y profesional de sus problemas, limitando la eficacia y la eficiencia político institucional de las acciones en la salud individual y colectiva.

-C5 relata un episodio con una usuaria que se olvida de solicitar una reiteración de receta en la consulta con el médico clínico C15. Al salir del consultorio se lo cruza a C5, quien al comentarle el hecho le sugiere regresar con el médico que aún estaba allí y solicitarle los medicamentos. La usuaria tiene aprehensión a volver y pedirselo, entonces C5 la acompaña e intercede con C15 que al enterarse muestra preocupación por el hecho, y repite con intensidad dos veces: ¡Menos mal que te encontraste a C5!, mostrando su preocupación por la posibilidad de que se quede sin medicamentos. Aquí el centro de la escena lo lleva el cuerpo biológico de la usuaria.

C5: Y ya no tenía más...Entonces voy yo, le digo, “mira C15, tengo acá una señora que recién te vio, que no tiene más pastillas para la presión, y le iba a pedir al marido y no sabía”. Entonces entra Nélida, la Nélida Vázquez, Nélida Brizuela y dice, “pero vos recién estuviste conmigo”, le dice él a ella... “si bueno, pero “...

C5: No se... no sabía que decirle pobre mujer, viste. “Menos mal que te lo encontraste a C5 que me está diciendo esto.” No, bueno el me sugirió... porque si no mi marido...”. “Menos mal que te lo encontraste a C5”. Bueno, entonces lo fue a buscar y le dio como tres cosas.

10.3.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.

Para Gastón Campos hay distintas finalidades en el trabajo en salud (20 p.62), no sólo las publicadas en la formalidad institucional, los aspectos de interés social de la organización, que coinciden con la necesidad implicada de cuidar de los trabajadores, sino que también hay otros intereses que existen y no se reconocen en la gestión (al menos por la 'racionalidad gerencial hegemónica'):

a) los intereses, necesidades y deseos de los trabajadores: de progreso económico, de progreso en el escalafón profesional, de reconocimiento de su trabajo, vanidades, etc.;

b) los intereses de la organización de seguir funcionando, es decir la reproducción de la propia organización y gestión.

Desde estas nociones se analizan las cajas de herramientas que entonces, también tienen varias finalidades.

En este caso se observan dos grupos de finalidades de las cajas de herramientas utilizadas por los trabajadores: por un lado tenemos el "día del niño", por otro lado las cajas utilizadas en el trabajo cotidiano, capturado por la sobreimplicación económica coproducida por el "sistema de productividad".

Respecto a las que son utilizadas por el día del niño, la C4 tiene una caja de herramientas con la que hace arreglos tecnológicos de acogimiento, de acompañamiento, de producción de vínculos cuidadores. Es una caja que tiene un sentido ético político comprometido con las necesidades del usuario.

En el caso de los C10, C15, C11, si bien no se visibiliza lo que "se hizo" directamente con las usuarias (las niñas), sí tiene connotaciones ético políticas fascistas la construcción expulsiva compleja que tuvieron que producir, cuyo final es la prohibición de la participación de la C4 en las reuniones de equipo.

C4: No ella, ella sí, estuvo tanteando: "Ay, pero yo pregunto, ¿si la dirección no estuviera acá ustedes participarían? Le digo "disculpame la dirección esta acá en este momento y en este contexto esta acá. No entiendo cuál es el problema".

C4: Armando todo... y yo fui y me les metí con las chiquitas a hacer bailar 4 minutos y me fui (rememora la conversación en forma de burla y demuestra el malestar que le causó) "que como podía hacer, si yo participaba"... listo ya está... entonces a raíz de eso vino todo el quilombo de las reuniones de equipo que si participamos que si no

participamos... bueno... todo esto llevó un mes de discusión que si participamos que si no participamos.

C4: Bueno había... estaba la odontóloga, había un montón de gente pero ellos como no estábamos nosotros, no estaba Conejo Negro...se fueron... entonces ahí C25 se calentó... porque éste le llenaba la cabeza de que si... se calentó... Dijo: "Ustedes a partir de ahora no participan más en la reunión de equipo".

De lo anterior puede decirse que ambas posiciones ético políticas son emergentes de un interés compartido por el día del niño, y a partir de allí se visibiliza una disputa entre cajas de herramientas (en el cómo participar), y también la anulación antiproduktiva de la caja de la C4.

Esta producción de antiproducción se manifiesta en la definición de quiénes pueden participar, como eje de fuerza, y allí es donde la subjetividad inunda la caja de herramientas. Solo en el plano de la subjetividad pueden encontrarse las razones (que desconocemos), por las cuales el grupo que está interesado en los niños y que se atribuye la organización formal del "día del niño", opta por dividir, por separar a alguien que está aportando "a la causa" con ese nivel de conexión con los usuarios-niños.

La segunda finalidad manifiesta en los arreglos tecnológicos de las cajas de herramientas, es la económica. Nos referimos a las "desviaciones" que produce la sobreimplicación económica instalada principalmente por el mencionado "sistema de productividad", y que impacta de modo directo e indirecto en las configuraciones tecnológicas cuidadoras.

C3: Bueh... yo te comento, el truquito que se hace habitualmente, como no te pagan el bono receta y quedaría muy mal que a fin de mes tengas recetas cero, aprovechan a los que tienen IOMA que de todos modos no les hacen la factura, y ponen receta, entonces...

C16: Ahhhhhh... ¡yo por qué no hago eso! (SE RÍE).

Esta caja de herramientas, que tiene una finalidad productiva económica, cuenta con:

a) tecnologías blandas, con la producción de vínculos hegemónicos coercitivos y consensuados, nos referimos al del médico con la administrativa, que es quien inicia la cadena productiva imprimiendo un "bono consulta". Allí operan arreglos tecnológicos como saberes simbólicos, estrategias de una caja que apunta a la subjetividad de la

administrativa, para capturar la norma en este movimiento que hace el médico, donde se desinteresa del diagnóstico en nombre de lo económico, y conlleva tensiones y afecciones tristes a la administrativa:

C3: Pero a fin de mes como el diagnóstico es Z760... Ponele IOMA (INAUDIBLE)... Ella trata de, la administrativa, las que te hacen la gauchada digamos, tratan de... Porque a ellas también las cagan a pedos: "¿cómo puede ser que le tires consulta a fulanita?"

b) tecnologías blandas duras, puestas en funcionamiento por la gestión económica del autogobierno médico con el encorsetamiento administrativo de los caminos posibles, para cumplir con las reglas instituidas de forma rentable (las reglas son su parte dura, la autogestión, el autogobierno, su parte blanda).

C4: "¿Y qué diagnóstico es control de salud?", me dice "Z003", le digo, "el control para adolescentes", le digo, "pero no entiendo porque me pones receta". "No, pero capaz que no... pero te debo haber puesto certificado". "No", le digo yo, "me pusiste repetición de receta", le digo yo. "¡Ah no! Pero, capaz que no... porque yo en realidad, pongo cualquier código que encuentre acá".

La fuerza de esta sobreimplicación económica es tal, que la desvalorización de la información estadística objetivada se dio en tres médicos que tienen postgrados en epidemiología (C15, C3 y C16);

c) tecnologías duras, compuestas en esta entrevista por los bonos que imprime la administrativa (papeles), por la lógica de la productividad, o por la información rígidamente categorizada en el 'código internacional de enfermedades' (CIE 10), que se presenta como tecnología del "maletín de las manos", capturada para la "productividad" por el "maletín de la mente" (7).

Así, opera una sobreimplicación económica coproducida por el 'trabajo por productividad', y en varios sentidos la entrevista expone cómo impacta en la información que se transmite y con las posibilidades de utilización epidemiológica.

Se visualizan dos mecanismos de evasión de las normas que limitan la productividad:

a) C16 (el investigador): *"por ejemplo, me vienen a pedir una receta de enalapril, agarro y le pongo I10 y abajo Z760"*, es decir que se cambia el diagnóstico primario del trabajo realizado: receta (Z760: \$25) por hipertensión arterial (I10: \$50);

b) otro mecanismo es directamente omitir los diagnósticos que redituán poco, como la reiteración de recetas o la realización de PAP: cuatro médicos no informaron los PAPs como tales, sino haciéndolos figurar con otro diagnóstico, por la diferencia de valor que tienen las prácticas del PAP (Z014: \$12,5), en relación a los controles ginecológicos (Z000: \$50).

C4: Están los Centros de Salud, donde se hacen tomas de muestras. Carguémoslo como efectores. ¿Cómo no lo vamos a poder cargar como efectores? Serán cuatro o cinco, pero bueno... la toma de muestra se está haciendo en otro efector, no en el Hospital. Entonces bueno, trabajemos.

C3: ¿Cuántas se hacen?

C4: ¿Cuántas se hacen?

C3: Pocas ¿no? Por mes...

C4: No llegan a diez en total. ¿En los Centros de Salud?, de los Centros de Salud no hay nada.

C3: ¿Lo que se carga?

C4: No hay nada.

C3: ¿Con que hay que cargarlo? ¿Z014?

C4: Z014, como práctica.

C3: Acá hay una cosa, si yo pongo Z014, ¿qué me pagan, el 2,50 ó cinco pesos del PAP? o ¿los cincuenta pesos de consulta?

C4: No, la consulta.

C3: Porque había un "corrillo" que si vos ponías Z014 te pagaban como práctica, y se paga menos, y no te pagan la consulta.

C4: No, yo...

C3: Entonces en una época.

C4: Habían dejado de...

C3: C17, C16, yo porque lo había dicho C17, C18, no poníamos Z014. Entonces no tenés cargados todos los PAP que se hacen. Te ponen otro diagnóstico para que sea cobrado. Porque el PAP en sí sólo, te lo pagan re poca plata, y una consulta 50 pesos.

El resultado es un subregistro estadístico del 100%: no se realizan PAPs en los CAPS, de lo cual se infiere que esta práctica de cambiar los códigos son cotidianas en todos los profesionales que realizan PAPs: médicos generalistas y ginecólogos.

Otra consecuencia relacionada al no registro de prestaciones programáticas es la limitación del recupero municipal de remesas nacionales y provinciales, por el cumplimiento de programas que llegan de esas jurisdicciones (materializadas en el registro y envíos de información de las prestaciones programáticas realizadas).

Por otra parte, esta ingeniería administrativa organizacional del trabajo vía programas nacionales y provinciales (que ofrece importantes recursos para la esfera municipal), también actúa como una revalorización de la información estadística,

resignificada en su sentido económico, como se pudo observar en la interpelación que C4 le hace a C15 (la cita se encuentra más arriba, en el subtítulo: tecnologías blandas duras).

Otros dos aspectos que pueden visualizarse en la entrevista es el compromiso con su trabajo que la C4 expresa, que la lleva a ámbitos fuera del territorio de la DSC (hasta el hospital), luchando a su manera por los CAPS, y también por su objeto de trabajo: la información que le encomendaron transmitir, para beneficio del municipio.

C4: Tratando de activar eso de CITRAM con las chicas, pero Suposti no. Primero que no lo encuentro por ningún lado para transmitirle las cosas que me tiene que pasar.

C16: Che, ¿eso por autogestión de ustedes? ¿Por indicación de la dirección?... ¿cómo surgió?

C4: No, porque como en realidad se incorporan las prácticas de PROGEMA a SUMAR.

C16: Aaaaah, o sea al SUMAR, PROGEMA.

C4: Se unifican. En realidad, antes, nosotros cargábamos por SUMAR las prácticas. A partir de 2015, en SUMAR, no se cargan más las prácticas de PROGEMA, se van a cargar directamente en el CITRAM y del CITRAM se traslada a sistema de SUMAR.

C4: No, en realidad a mí, a nosotros como atención primaria, no nos urge demasiado. Porque lo único que tenemos que cargar es la toma de muestras que hacen ustedes. Después, todo el resto se tiene que hacer por Hospital y por las patólogas, el fuerte está ahí, el tema de la...

10.3.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

Lo primero que podemos observar, aproximándonos a las relaciones que se producen en los encuentros del trabajo, es que los usuarios no terminan de aparecer, no se visualiza ninguna enunciación sino poniendo al usuario afuera, como objeto beneficiario de las acciones. Aunque las niñas fueron los sujetos protagónicos que se acercaron y establecieron las relaciones al llegar ellas al CAPS-DSC, los conflictos entre compañeros trabajadores eclipsó su lugar de sujetos activos

C4: Porque C4 tiene que estar en la reunión de equipo porque las chicas la van a buscar y C4 les da pelota, C4 es la única persona que

le da pelota a las chicas dice. Entonces bueno se armó todo un quilombo, días, días.

C16: ¿Pero quién te estaba verbalizando eso?, C10.

C5: C13.

C4: Lo de que, lo de que no...

C16: Lo de que ustedes no tienen que participar.

Hay haceres de C4 con una modalidad cuidadora, pero no accedemos a esas intercesiones porque en el momento del encuentro – entrevista, su territorio existencial es capturado por los fuertes conflictos entre compañeros.

El encuentro del usuario con el C15 orienta el análisis a caracterizar al profesional preocupado por sostener el tratamiento farmacológico de su padecimiento, la hipertensión arterial (modos sugerentes de un perfil biomédico, resaltando la importancia del tratamiento farmacológico en el cuidado de la salud).

-La organización del trabajo alrededor de circuitos administrativos asociados a la transmisión de información económica; tanto para que los programas (nacionales y provinciales), transfieran al municipio la mayor cantidad de dinero posible por las prestaciones realizadas, como para el pago de sueldos “productivos” de los profesionales; actúa en cada trabajador como un tipo de sobreimplicación presente en las acciones y en las relaciones.

De este modo se visibiliza un potente analizador de las relaciones entre trabajadores, que gira sobre los significantes administrativos que estuvieron presentes con fuerza de determinantes de los procesos de trabajo de los cuatro entrevistados, y considerando como fuente principal de narrativas a la C4, se visibiliza el ‘poder administrativo’ de la C4 hablándole al “Doctor” C15:

*Fui con las planillitas “sí, que paso”, me dice... mira, ¿te hago una consulta?, le digo yo, ¿vos hiciste controles que están firmados?... ¿hiciste estos controles de salud a estos 3 chicos le digo?, yo, ¿y en el bono **me pones** receta? ¿Porque **me pones** receta?, le digo ¿y no **me pones** control de salud? que a mí **me sirve** como estadística para SUMAR, cargar. Si es un control de salud **me pagan**...*

Es una administrativa haciendo un ejercicio de poder capaz de problematizar el ‘poder médico’, en un movimiento de apropiación de la función bien valorizada de información estadística y económica (se resaltan en negritas). Desde ese lugar la

administrativa contó con fuerzas para confrontar al médico “modelo hegemónico”²⁷, y salir ilesa.

Las relaciones sobreimplicadas económicamente en los profesionales (coproducidas por el “sistema de productividad”), afecta de varios modos el trabajo administrativo:

a) es la administrativa la que imprime un ‘bono consulta’ (\$50) o un ‘bono receta’ (\$25), de modo que para que el profesional en el consultorio pueda cambiar el diagnóstico “receta” por otro, es necesario que cuente con el consenso de la administrativa, que le imprime un ‘bono consulta’;

b) estas cuestiones las ubican mediando entre los profesionales (que son sus compañeros), y la autoridad de la DSC, y en ocasiones sus procesos de trabajo son afectados por fuertes tensiones y conflictos micropolíticos que afectan coercitivamente más a las administrativas, como grupo subalterno: “*Porque a ellas también las cagan a pedos: “¿cómo puede ser que le tires consulta a fulanita?”*”.

Por otra parte, modos éticos muy diferentes se van expresando en la micropolítica del cotidiano:

a) C4 construye una relación intercesora muy afectiva con el grupo de niñas que concurren al CAPS por realizar actividades con el profesor de educación física (C13) y la van a buscar a la DSC para que juegue con ellas.

Con esa relación, evidentemente de “encuentros-acontecimientos”, C4 expresa un movimiento de un territorio, cuyo dispositivo subjetivante estaba conformado principalmente por arreglos administrativos, a otro (haciendo rizoma con Spinoza), con *alegría*, con el que realiza y expande su existencia, muy implicada con las niñas que la invitan a participar en la celebración de la “fiesta del día del niño”, preparando un baile con una coreografía autofinanciada. El ‘trabajo vivo en acto’ se planta ante toda adversidad y comunicación obstruida, como rizoma crece haciendo conexiones, y entonces otros territorios existenciales se expresan. Las niñas afectivamente le hicieron tanto bien al cuerpo de la C4, que la agenciaron hasta hacerla bailar. La C4 expresa un territorio potente en su hacer, aún con las condiciones relacionales tan adversas de algunos compañeros;

²⁷ Este médico clínico es reconocido por los trabajadores por sus rasgos biomédicos y autoritarios, luego en la UA N° 5 se amplía con un ejemplo de sus prácticas.

b) luego del evento, su participación (que consistió en ir al lugar del festejo popular el tiempo suficiente como para bailar con las chicas, y luego retirarse), es mal interpretada por algunos integrantes del CAPS, llevando a la discusión si los trabajadores de la DSC podían o no podían participar de las reuniones de equipo del CAPS, discusión que ocupó las reuniones por más de un mes, llegando al boicot de las reuniones en las que participaba C4 y otro compañero de la DSC, hasta que la Directora de Salud Comunitaria termina la discusión definiendo: *“ustedes a partir de ahora no participan más de la reunión”*.

Todas estas cuestiones exponen en el proceso dialógico una situación conflictiva muy agresiva entre trabajadores, con insultos y acusaciones de inoperancia por parte de C4. Y la autoridad institucional opta por una solución burocrática, primando la lógica de trabajo por dependencias (en el organigrama taylorista, por más que compartan físicamente el ámbito de trabajo y parte de los problemas, la DSC está ubicada fuera del CAPS).

Así, la C4 es agenciada tristemente, reduciendo su potencia vital. Sus narrativas e intensidades son muy expresivas en este sentido:

-C4: Pero sí, ya está... yo no hago más nada... no quiero meterme más en nada... yo estoy laburando con una familia... hago mi trabajito, me voy y ya está... que no me rompa las pelotas.

c) el ejercicio del poder que realizan los trabajadores impresiona ser relativamente corporativo, con lógica de “bandos”, resultando en ‘poder sobre’ el otro, y de alguna manera bloqueando la implicación cuidadora que comparten:

C4: No, éramos nosotros y ellos, pasa que C15 le llenaba la cabeza a la Directora de que como que nosotros... bah yo y José que éramos los que participábamos, porque Lulú no participa mucho, estábamos como metiéndole la cuchara a él, en algunas cosas que él, bueno que se yo...

Y es así que cuando C4 prepara la coreografía con las niñas, lo hace de forma relativamente paralela y sin comunicarse con el resto de la organización que desde el CAPS motorizaba el grupo de compañeros: la administrativa C10, la auxiliar de limpieza C11, y el médico C15.

La C4 organiza la actividad con las niñas de forma aislada del grupo organizador, C4: *“ellos no sabían nada... ellos se gastaron armando todo... y yo me metí con las chiquitas a hacer bailar cuatro minutos y me fui” (rememora ironizando).*

Otra manifestación de esas relaciones con tensiones no productivas y conflictos entre compañeros, lo constituye el hecho que los mismos tres trabajadores que organizan el festejo del “día del niño”, tienen un espacio de capacitación visto por C4 y C5 como cerradas al resto de los compañeros; C4: *“... todos los días de 5 a 7, C11, C15 y C10, se juntan para capacitarse. Se encierran en el consultorio a capacitarse.”*

Nos preguntamos qué papel jugó la falta de ‘espacios colectivos para la producción’ en la producción de las situaciones conflictivas, que se presentaron acompañadas de dificultades en la comunicación y acciones conjuntas entre los trabajadores implicados.

10.3.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 1.

La administrativa C4 es la principal fuente de las narrativas. Ella tiene una fuerte presencia del TV en relación a su contexto de administrativa de la Dirección de Salud Comunitaria, dedicada a la transmisión de información del trabajo que se realiza en los CAPS y sin atención directa a usuarios.

C4 vive relaciones intercesoras intensas con las niñas usuarias y hace arreglos tecnológicos de acogimiento, de acompañamiento, de producción de vínculos cuidadores, denotando un compromiso con sus necesidades.

En ocasión de festejar el “día del niño” surge un fuerte conflicto y una disputa entre las cajas de herramientas de C4 y de los compañeros C10, C15 y C11. En este encuentro conflictivo entre trabajadores se observa, en este último grupo, un ejercicio de ‘poder sobre’ C4 e indirectamente sobre las usuarias también.

Las narrativas de C4 visibilizan el funcionamiento de una lógica de bandos (“nosotros y ellos”), y si bien los compañeros antagónicos de C4 muestran interés y se movilizan por el “día del niño” asumiendo su organización, ante el conflicto con C4 ponen en primer plano el proceso de su expulsión del equipo, dejando a las niñas en segundo plano (aun cuando conocían el acogimiento de *alegría* que C4 tenía con las niñas usuarias).

En el caso de las cajas de herramientas de C10, C15 y C11, hay connotaciones ético-políticas fascistas al cimentar esta construcción compleja expulsiva (producción de antiproducción), cuya finalidad es la prohibición de la participación de esta compañera. En conclusión hay un interés compartido por el día del niño pero, esa disputa de cómo participar termina en la anulación antiprodutiva de la caja de herramientas de C4.

Este proceso visibiliza una gestión 'anti-paideia' de la Directora de Salud Comunitaria cuando resuelve el conflicto diciéndole a la C4 "a partir de ahora ustedes no participan más de las reuniones de equipo", haciendo lugar a la idea que C4 no trabaja en el CAPS sino en la DSC. Este rasgo, propio del organigrama taylorista, aduce que aunque la DSC esté emplazada en el mismo edificio que el CAPS, de cualquier modo son dos dependencias municipales diferentes y no tienen por qué trabajar asociadas. Ante el conflicto, que trabajen separados.

Se puede visibilizar como se producen agenciamientos tristes en C4.

El médico C15 se interesa por el "cuerpo anátomo-patológico" del usuario, cuando muestra preocupación por la posibilidad de interrumpir el tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial.

Por otro lado se visibiliza una organización del trabajo, estructurada en circuitos administrativos de transmisión de información, principalmente con valor económico; cuestión muy importante: para el municipio y para los profesionales que cobran por el "sistema de productividad", y también como productora de sobreimplicaciones económicas del trabajo.

En esta entrevista se puede visibilizar cómo el TM de las reglas instituidas del 'sistema de productividad' captura la escena con la administrativa, con los tres médicos y con el usuario. El análisis de este sistema de cobro del trabajador profesional nos permite visualizar a la "productividad" con un efecto performático de los procesos de trabajo, como un poderoso mecanismo de captura del TV por el TM con consecuencias para el usuario; no sólo por la tendencia a reducir el tiempo prestacional, sino también por su transformación objetual: el usuario fue visto como "consulta", concepto que junto "receta", son significantes del 'sistema de productividad' (consulta: \$50, receta \$25).

Si el usuario es resignificado a "unidad productiva", entonces domina la centralidad de los intereses y finalidades de los profesionales, y pierden las necesidades del sujeto que padece, particularmente en aquellos con problemas complejos, que requieren múltiples cuidados y una mayor disponibilidad de tiempo.

En el proceso micropolítico de atención al usuario la administrativa quedó en un lugar de vulnerabilidad, ocupó un lugar subalterno y tensionado en relación a la “productividad”, mediando entre el profesional (al que le emite un “bono consulta” o un “bono receta”), y la autoridad de la DSC (quien controla su trabajo).

A partir de allí puede visualizarse la producción de vínculos hegemónicos coercitivos y consensuados, en la que el médico, mediante el uso de tecnologías blandas en las relaciones con la administrativa, hace un ejercicio de su autogobierno adaptando las reglas de la productividad (tecnología dura), a la lógica acumulativa de la captura económica, cuestiones que la administrativa, de alguna forma, queda validando.

Otro efecto de la captura económica del sentido cuidador del trabajo se expresa en la desvalorización y banalización de la información estadística, con prácticas de cambios en los diagnósticos y en los registros de prácticas, maximizando el valor de la “unidad productiva”. Constituyen mecanismos de evasión de las reglas que limitan las posibilidades de aumentar la “productividad”; prácticas que se presentaron en tres médicos que tienen posgrados en epidemiología (C15, C3 y C16).

Es tan intensa esta captura, que en los registros estadísticos de la DSC figura que no se realizaron Papanicolaou en esos meses, aun cuando son varios los médicos generalistas y ginecólogos que los realizan; cuestión que afirma lo cotidiano de esta práctica de cambiar los diagnósticos.

Además de la “productividad” profesional, el trabajo cotidiano también está muy capturado por la centralidad de los procesos administrativos relacionados con el sistema de recupero económico municipal, por la ejecución en el Distrito de planes y programas nacionales y provinciales. C4 muestra un gran compromiso con su trabajo administrativo, que la lleva al hospital por propia iniciativa (un ámbito con el que no tiene obligaciones, por no trabajar en esa dependencia municipal), buscando que el municipio pueda facturar más a dichos programas.

Se configura así un analizador de las relaciones entre trabajadores que gira sobre los significantes administrativos y económicos que estuvieron presentes como fuertes capturas en los procesos de trabajo de los cuatro entrevistados.

Sin perder de vista el conflicto referido más arriba, se puede observar un ejercicio de “poder administrativo” de C4 enfrentado con el “poder médico” de C15, visualizando cómo los argumentos administrativos de la información económica son fuerza suficiente para confrontar al médico y salir capturando la escena.

10.4. Unidad de análisis N° 2: “A propósito de un caso”.

- Entrevista sobre un caso particular.
- Presentación del caso en Power Point.
- Mapa georreferenciado.

Duración de grabación: 34 minutos 48 segundos.

Fecha: 28/10/2014.

Nombre de fantasía de la usuaria principal: Violeta.

Participantes:

- C16: Compañero 16 (investigador).
- C19: Compañero 19 (promotor de salud).
- C9: Compañero 9 (trabajadora social).

Esta Unidad de análisis tiene dos cuerpos empíricos que se analizan reunidos, por un lado la presentación de un caso en Power Point construido por los entrevistados, sobre el trabajo realizado con una usuaria, y por otro lado un mapa con familias georreferenciadas. Ambos son motivo de una entrevista para ampliar las formas de hacer de los trabajadores.

Es decir que analizamos lo producido en tres fuentes de información, que en orden de importancia en cuanto a la oferta de datos fue:

1. la entrevista;
2. el Power Point;
3. el mapa.

Respecto al mapa, tenemos la imagen de él y 6 minutos y 19 segundos de tiempo de entrevista, constituyendo un material secundario o complementario, quedando el “caso particular” en el centro de esta unidad de análisis.

La primera fuente de información que se examina es la entrevista abierta con la C9 (Trabajadora social) y el C19 (promotor de salud) en el CAPS Indio Trompa. Luego se incorporan al análisis los textos del Power Point y el mapa georreferenciado. Finalmente el análisis de cada variable es único, e integra las tres fuentes.

Para materializar el Power Point, los C9 y C19 contaron con sus representaciones (como su 'mundo' simbólico), sus conocimientos teóricos y de la experiencia (como sujetos históricos y como trabajadores del caso), y por supuesto, con sus implicaciones. Todo ello puesto a funcionar con la idea de mostrar lo que hicieron en un espacio formal de capacitación y ante la autoridad.

Es decir que su contenido tiene el valor de una finalidad publicitaria del caso, que para construirlo tuvieron que tomar decisiones sobre el recorte posible del problema, elegir qué mostrar y qué no, y ellos mostraron un caso que perciben haber tenido un buen resultado.

Con todo, presentan y llevan a la entrevista un caso bien pensado, reflexionado; nuestro supuesto es que los trabajadores han tenido reiterados encuentros con el caso, y que esta entrevista tiene una relativa capacidad acontecimental. Es de prever que la producción de narrativas corresponde a trabajadores que ya se han visto y construido previamente, con el caso.

Esta entrevista, "a propósito de un caso", muestra las acciones de los compañeros 9 y 19 con un caso complejo y grave, que gira sobre los temas de: derechos vulnerados de niños, violencia de género, adicción a drogas y discapacidad mental. Se visibilizan los roles de las instituciones del Estado: salud (principalmente), educación y justicia. Se trata básicamente de una madre con retraso mental leve, un esposo violento y adicto a drogas, y tres niños (hijos de la pareja) de 8, 6, y 5 años de edad.

10.4.1 Variable 1: Composición técnica del trabajo.

Si bien el foco se pone en el trabajo de los entrevistados, aparece otro actor, casi ontologizado, que tanto C9 como C19 denominan "justicia".

El TV de C9 y C19 estuvo centralmente capturado por el TM de las instituciones. Primero recibiendo del Jardín un informe (TM) que les solicitaba su intervención, luego cuando realizan el recorrido por las instituciones y se entrevistaban (TV) con los actores involucrados, al que le solicitaban un informe, y así iban juntando informes que parece ser el lenguaje universal de la interinstitucionalidad, fuertemente teñida de aspectos legales, especialmente en este caso de "rotulación" de derechos vulnerados (TM), equivocado.

C19: Bueno, en primer lugar, tener en cuenta que este es un caso de una familia que pertenece al área programática del Indio, el CAPS Indio Trompa... y es una familia que ya se venía, se había abordado ya. Allá por el 2010 aproximadamente, allá se había abordado esta problemática eh... quizá no con la... con la... con la posibilidad de abarcar tantas instituciones como nosotros lo pudimos hacer. Es decir fue un abordaje más bien del Centro de Salud, con Justicia y ahí termino; y el abordaje nuestro fue mucho más amplio anteriormente eh... a nosotros nos llega el caso... O sea, si bien a la familia ya la veníamos conociendo, la veníamos trabajando... Es decir, conocíamos porque la mamá recurría al Centro de Salud para hacer los controles de salud de los niños. Este... sabíamos que era un caso donde se ejercía violencia... o sea el caso ya lo veníamos... lo conocíamos. Pero nos llega a nosotros por medio del Jardín donde asistía uno de los hijos de esta familia, de esta pareja, muy preocupados por la situación, por las conductas que tenía el pibe este... por algunas este... ¿cómo es?, algunas marcas físicas... que la madre había aparecido cuando iba a buscar al hijo al Jardín y demás. Entonces, a partir de ese momento, es cuando nosotros, con C9, nos llega el caso.

C16: Las marcas...perdóname... ¿las tenía el niño o la madre?

C19: La mamá.

C16: La mamá iba a buscar al niño al Jardín y ahí...

C19: Y la veía con marcas. Sí en la cara, generalmente... bueno, cuando nos llega el caso, o sea la denuncia del Jardín hacia nosotros... bueno, conociendo ya el caso, que ya venía desde tiempo, y que ya la Justicia había determinado una causa que era "derecho vulnerado de menores". Nosotros bueno... A ver... ¿qué hacemos para darle otro peso a esto?, es decir, ¿qué estrategias vamos a utilizar para que sea diferente al primer abordaje que se hizo? Entonces, bueno, lo primero que hicimos, bueno lo que vamos a hacer es, hacer un seguimiento por todas las instituciones donde la familia tenía contactos. Entonces, fuimos al Jardín, hicimos este... una entrevista con el Jardín, le pedimos que esa entrevista sea... eh... ¿cómo es?... Que nos hicieran un informe de la entrevista, informe que nosotros íbamos...

C16: Juntando.

C19: Juntando... fuimos a Casa del Niño, hicimos lo mismo... nos contactamos con la psicóloga que atendía a éste niño... Hablamos sobre el tema, todo lo que ella había trabajado con el chico, con la familia... también le pedimos un informe. Fuimos... este... a hablar con la neuróloga también, de... también nos hizo un informe socio... un informe. Ehhh... Y es decir, a ver, ante el caso, todos ya conocían más o menos la situación de esta familia. Bueno, entre todos, decidimos... "¿qué hacemos?" Porque la idea era esa. La idea no era juntar la información y quedarnos con la información nosotros. En esa entrevista, que nosotros hacemos a distintas instituciones, bueno que hacemos... porque la idea era "entre todos tenemos que llegar a concretar algo". Así es como decidimos, bueno, hacer una reunión con Justicia es decir, todos, con Justicia. Entonces, bueno...

Tanto en la entrevista como en el Power Point puede visibilizarse el TV que desempeñaron los trabajadores:

a) en la entrevista el C19 se expresa con un lenguaje institucional particular, significando el pedido de intervención del jardín como una “denuncia” que le hacen a ellos, que adelanta en su cabeza un TV capturado por las normas del mundo institucional;

b) con las entrevistas mencionadas en el recorrido por las instituciones relacionadas con el caso, donde les pedían “poder hacer algo de forma conjunta”;

c) con la reunión con las instituciones y sus actores, juntos, tratando de revertir un caso de injusta “rotulación”: de derechos vulnerados de niños, a violencia familiar;

d) con la reunión con la Jueza, llevándoles las pruebas (vale decir que se negaron a dejárselas sin una audiencia):

C19: Grabaciones de cuando él la agredía verbalmente, en la casa, y demás. Entonces, bueno vamos nosotros a raíz de esto, vamos nosotros a pedir una audiencia con la jueza.

C9: Con la jueza.

C19: Con la jueza de Familia. Nos dan una audiencia.

C9: No, no...

C19: Bha... Primero no nos quieren dar una audiencia o, quieren recibir lo que nosotros llevamos, que lo dejemos... nosotros no lo íbamos a dejar porque eran documentos que a nosotros nos habían dado...

C9: Lo trajimos... No, más vale. Eran pruebas nuestras.

C19: La secretaria nos pidió y nosotros le dijimos “no le dejamos el material, nosotros necesitamos una audiencia con la jueza”. Bueno, finalmente, nos da la audiencia con la jueza y vamos con un informe armado más estas... esta documentación que era...fotos de ella golpeada, muy golpeada en alguna de ellas, que se había sacado ella misma, Y algunos audios donde él la agredía verbalmente. A raíz de eso, es ahí donde la Justicia, ahí es donde la Justicia, cambia la carátula.

e) con la familia usuaria, el TV tomó principalmente la forma de vistas domiciliarias de seguimiento o acompañamiento, con mucho de cumplimiento de las indicaciones de la justicia (TM);

C9: El vínculo de la pareja con nosotros fue excelente. Nosotros podíamos ir a la mañana, a la tarde, a la noche. Nos atendían, nos abrían las puertas de su casa, nos sentábamos a tomar mates. Le explicamos esto, muy claramente. Se les informó, a los dos, que dependía de ellos, que para diciembre se iba a tomar una medida si ellos no podían esto, poder llevar a cabo este tratamiento. A ver, lo importante que era éste tratamiento para que sus hijos pudieran seguir con ellos. Sino que, no iban a perder la Patria Potestad, pero sí la tenencia. Entonces, bueno, no... eso se pudo lograr a medias la...

f) puede visibilizarse la gran captura del TV por el TM. El TV más importante fue con las instituciones y no con la usuaria discapacitada mental y sufriendo violencia psicofísica.

Respecto a la “justicia”, analizada por su ontologización, en este caso se observan procesos de trabajo TM dependientes y casi totales, primero recibiendo informes del Jardín culpabilizando a la víctima (el informe inicial del Jardín dispara la interpretación de la justicia en el año 2010), luego obrando en consecuencia de ese informe, caratulando la causa como “Derechos vulnerados de niños”:

C16: Es una chica con cierto retardo mental...

C9: Exactamente.

C16: Que eso no lo dijimos.

C19: Es leve, un retardo mental leve, pero sí. Y se nota.

C16: Y será por eso que la Justicia...

C19: En un principio tomaba...

C16: Lo miro por ahí.

C19: Las conductas que ella tenía... Pero no porque la Justicia viniera a sentarse con los equipos del Centro de Salud a tratar el tema. Sino lo que le llegó a la Justicia, de parte de las instituciones. Porque desde el Jardín siempre estuvo esa mirada, que la mamá era culpable de lo que estaba pasando, y desde el Jardín llegó esta información a la Justicia; y la Justicia determinó de lo que llegó de la institución del Jardín.

Mediante la fuerza pública les saca los niños, los institucionaliza, y utiliza instrumentalmente a la disciplina psicológica, capturando el trabajo de Salud Comunitaria;

Entonces, no, digamos, no escucharon esa parte donde nosotros dijimos que la abuela no responde. Bueno... cuando la mujer ésta cae internada en el Hospital, en diciembre, para las fiestas fue. Emmm se les saca a los chicos, nuevamente, y se le pone una medida perimetral a él y la mujer va a vivir con la mamá. Nosotros seguíamos en contacto, con él... Nosotros seguíamos en contacto, sin problemas, con ellos trabajando, tratando de ver como se podía ir arreglando las cosas Emmm...la perimetral no se cumple, es decir no se cumple ni por él ni por ella. Vuelven a juntarse otra vez, vuelven digamos a... el ciclo de la violencia: “te amo, te quiero, te adoro” y después empiezan otra vez los roces y finalmente termina el golpe. Un día, entonces, no me acuerdo cuanto tiempo habrá pasado, viene Violeta, la víctima, viene acá conmigo diciendo que ya ella “no aguantaba más la situación” que estaba viviendo“, no aguantaba más”. Me trajo eh una, una tarjeta de memoria del teléfono de ella, donde había fotos de ella golpeada, donde había grabaciones.

C9: No. Ahí se le dio un periodo de prueba para ver si ellos podían hacer este tratamiento, y que el nivel de violencia pudiera trabajarla la psicóloga. Sí, Violeta lo pudo cumplimentar...

Quizás reconocer este funcionamiento de la “justicia” hizo que los C9 y C19 le dieran tanto valor a los informes (TM), colocados en su fuerza institucional. Probablemente los trabajadores sabían esto y construyeron la red desde ese lugar y con ese lenguaje.

10.4.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.

-Para C9 y C19 el usuario es Violeta, que sufre violencia familiar, aunque los moviliza el interés principalmente por “el bien primordial” de los niños. En sus narrativas toda su familia está referenciada a los niños, Violeta = “la mamá”, el hombre violento = “el papá” (se distingue claramente tanto en la entrevista como en el Power Point).

La usuaria principal es Violeta, en menor medida son sus hijos y queda casi afuera su pareja.

Violeta deviene usuaria judicializada y muy capturada por los territorios existenciales de “justicia”, en un proceso de culpabilización de la víctima, que los trabajadores tuvieron bien claro:

C19: Perdón, entonces el punto es el niño que esta con derechos vulnerados y cambiar la situación familiar a que no sea el niño el problema, sino la...

C9: La violencia.

C16: Violencia que está en esta pareja.

C9: La violencia que está recibiendo la mamá.

C16: Cambiar el eje, digamos, del niño a la madre...digamos... un poco, un poco.

C9: Y convengamos que es un papá con problemas de adicciones. Un papá violento, una mamá sumisa, de muchos años de violencia, y una mamá que nunca fue escuchada por la Justicia, digamos el tema de la violencia familiar es como que...” ¡no! a ésta mamá algo le pasa!...” “nunca está marcada”. Como que las denuncias no eran muy light digamos. Como nunca escuché a esta mamá. Entonces, bueno, la persona dijo... bueno...

C16: ¿Y por qué no la escuchaban a la mamá? ¿Por qué te parece?

C19: Porque la primera intervención que se hace allá por el 2010, la anterior, se cargan todas las culpas hacia la mamá... Entonces, por eso, la Justicia determina que es "derecho vulnerado de Menores". O sea, la causa queda como "Derecho Vulnerado de menores" y se le sacan los chicos.

C16: Como que la madre no cumplía con su trabajo.

C19: Como que la madre no cumplía con las responsabilidades mínimas para garantizar los derechos del niño.

C16: El cuidado.

C19: Entonces se les saca a los chicos allá por el 2011 más o menos se van al Hogar de María. Están un año, año y algo y se los restituyen a la abuela paterna y así está la situación hasta ahora hasta lo que viene contando María.

Violeta era culpable de no cuidar bien a sus chicos con problemas de conducta en el Jardín, cuando en los hechos también era una víctima discapacitada mental (leve-moderada), que sufría violencia familiar;

C19: [...] Pero nos llega a nosotros por medio del Jardín donde asistía uno de los hijos de esta familia, de esta pareja, muy preocupados por la situación, por las conductas que tenía el pibe este... por algunas este... ¿cómo es?, algunas marcas físicas... que la madre había aparecido cuando iba a buscar al hijo al Jardín y demás.

Cuando del jardín les llega la "denuncia" que esa institución les hace a ellos para que actúen, visibiliza una percepción legal del trabajo, consecuente con todo el andamiaje posterior en la que el CAPS es el centro de una red que construyen con las instituciones y sus actores intervinientes, colocando en un tercer plano (peor que segundo plano), a Violeta, convertida en un objeto de intervención interinstitucional: objeto a "abordar", a conducir, un objeto de "seguimiento". Son reiteradas las expresiones que llevan a confirmar la percepción objetual de la usuaria: "nosotros le sacábamos el turno y le decíamos qué día y horario, y ellos tenían que ir", aun ejerciendo en varios pasajes acciones coercitivas sobre Violeta y la pareja:

C9: El vínculo de la pareja con nosotros fue excelente. [...], para que sus hijos pudieran seguir con ellos... Le explicamos esto, muy claramente. Se les informó, a los dos, que dependía de ellos, que para diciembre se iba a tomar una medida si ellos no podían esto, poder llevar a cabo este tratamiento. A ver, lo importante que era éste tratamiento, para que sus hijos pudieran seguir con ellos. Sino que, no iban a perder la Patria potestad, pero si la tenencia.

La usuaria ocupó un lugar periférico en los procesos de trabajo. No se trabajaron sobre las reconocidas cuestiones de vulnerabilidad biopsicosocial; si bien su devenir lo

desconocemos, se puede observar la actual concurrencia de los siguientes hechos: hoy Violeta está sola, separada de su esposo y de sus hijos, y hoy Violeta está embarazada, esperando un hijo de su esposo.

C16: ¿Siguen estando juntos?

C9: No, hoy no.

C16: Ella por un lado, el por otro.

C19: Él por otro. Ella está embarazada, esperando otro hijo de él.

C16: ¿De él? ¿Y los chicos con quien están? ¿Con la tía...?

C9: Con la tía.

C16: ¿Y ella no vive en Trenque Lauquen?

C9: Vive en Trenque Lauquen pero no está con él... hoy...

C16: Con ella digo... perdón, con los niños, los 3 niños.

C9: No.

C16: ¿Y qué hace? ¿Los va a visitar?

C9: Sí, es decir la patria potestad no la perdieron y el vínculo está. Que es lo que nosotros siempre dijimos, a ver... el vínculo no se tiene que perder.

Cuando enumeran las “conclusiones positivas”, tanto en la entrevista como en el Power Point no se menciona nada de la usuaria:

- a) se logró trabajar en red;
- b) fueron escuchados por la justicia;
- c) se aportó información relevante pertinente al caso;
- d) hubo participación activa de los demás agentes del CAPS;

C9: Que ayuda, exactamente. Asique, bueno, quedan con ésta tía. Los chicos al día de hoy siguen con esta tía, con el apoyo de la abuela, y con la patria potestad de ellos. Emmmm... nada, hasta ahí llegamos nosotros. A la conclusión que llegamos de “este trabajo es bueno”... Esto, se logró trabajar en red porque nosotros consideramos que pudimos trabajar, unir diferentes instituciones justicia, todos. Nos pudimos sentar a pensar “bueno, a ver, en forma conjunta, cada uno desde se lugar que es lo que puede aportar o cómo podemos... que herramientas podemos trabajar que metodología de trabajo por este caso”. Ser escuchado por la Justicia, nosotros nos citaron y la jueza se tomó su tiempo junto a los abogados de cada una de las partes para decirnos bueno, del trabajo que habíamos hecho, del seguimiento que habíamos hecho. Se nos reconoció todo lo que se había trabajado y hasta donde pudimos, porque nosotros eh... desde Salud. Nosotros no somos agentes de justicia ni de policía. Desde Salud se aportó información relevante pertinente al caso por supuesto, muy importante. Y la participación activa de todos los agentes del CAPS: Esto es desde el auxiliar de limpieza, el administrativo, médicos, enfermeras. Acá todos eh... quedamos involucrados.

Finalmente, el mapa georreferenciado muestra la organización que han hecho de su trabajo, clasificada en las tres categorías de usuarios (familias), una de ellas, las rojas, “de riesgo”, con una frecuencia de visitas preestablecidas. Estos son los usuarios que se encuentran en el centro de sus acciones planificadas.

En síntesis, la usuaria fue mirada y “trabajada” como objeto de procesamiento institucional, y como objeto, de alguna manera ontologizada, convertida en un problema institucional:

C19: Perdón, entonces el punto es el niño que esta con derechos vulnerados, y cambiar la situación familiar a que no sea el niño el problema, sino la...

C9: La violencia.

C16: Violencia que está en esta pareja.

C9: La violencia que está recibiendo la mamá.

10.4.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.

Los procesos de trabajo de C9 y C19 estuvieron marcados por éticas institucionales que fueron dominantes en sus procesos de trabajo. La caja de herramientas de “justicia” captura ampliamente el TV de salud;

C19: Armamos toda la red. Primero con las instituciones más inmediatas de la familia, y después lo que hicimos fue hacer un informe a Justicia, elevando un informe general firmado por todos.

C9: Por todos.

C9: Claro. Entonces, que pensáramos en forma conjunta, si hay violencia, y que evidentemente a los chicos les está repercutiendo en el Jardín. Entonces a estos papás... evidentemente, no podían estar más con estos chicos, salvo que ellos accedieran a un tratamiento psicológico en forma conjunta... Bueno, entonces, en la reunión quedamos como referentes C19 y yo para trabajar con ellos... en cuanto a esto, en cuanto a un tratamiento psicológico. Bueno, se pensó un tratamiento en forma conjunta, pero entonces no porque la psicóloga pensó que no era necesario... ¡ah, no! que no era conveniente...

C9: Y convengamos que es una papá con problemas de adicciones. Un papá violento, una mamá sumisa, de muchos años de violencia, y una mamá que nunca fue escuchada por la Justicia. Digamos el tema

de la violencia familiar es como que...” ¡no, a ésta mamá algo le pasa!... “nunca está marcada”.

C9: Este... Uno de los niños va al Jardín y a la tarde va a la escuela especial eh... bueno, como yo también trabajo en la escuela especial, lo que se veía es que, ésta mamá, podía cumplimentar los horarios. O sea, ella los podía ir a buscar a las tres de la tarde para llevarlo hasta el psicólogo, podía esperar a su hijo a las cuatro y media a la combi. O sea, esta mamá puede hacerse cargo de sus hijos, podía cumplimentar horarios, días... traerlos a los controles de salud.

C16: O sea lo hacía.

C9: Sí, lo hacía. Bueno, eso la Justicia le llevo. “¿Como que lo puede hacer?”. “Sí, lo puede hacer. Si yo lo estoy viendo todos los días a eso”. A ver, con ciertas dificultades. A veces se dormía porque se acostaba tarde, pero lo podía hacer... Entonces lo que se resuelve en esa reunión, a donde estamos todos, que se le dio tiempo de cuatro.

C19: Menos también...

C9: Tres meses.

C19: Sí, tres meses.

C9: Tres meses, para poder cumplimentar un tratamiento. Nosotros le sacábamos el turno y le decíamos que día y horario y ellos tenían que ir.

El lenguaje tiene una pragmática legal, y las narrativas son expresivas de territorios con intensa capturas subjetivas de las finalidades cuidadoras.

Toda la potencia del TVA en la producción de relaciones fuertemente intercesoras, y sus capacidades creativas e implicadas fueron capturadas por afecciones del ‘plano de organización’ de “justicia”, que lleva a los trabajadores a un territorio expresivo de una ética de “control” del usuario, con encuentros que le producen *afecciones tristes*, docilizantes de un usuario en su proceso de conversión a objeto institucional.

El resultado de esos procesos de disputa es la captura de los sentidos ético políticos cuidadores, visibilizada:

a) en la elección de una alternativa de trabajo distinto a la anterior intervención (que consideran un fracaso), satisfechos con el logro de un abordaje más amplio, aunque sea reducido al punto de vista de la acción interinstitucional.

C19: Bueno, en primer lugar, tener en cuenta que este es un caso de una familia que pertenece al área programática del Indio, el CAPS Indio Trompa... y es una familia que ya se venía, se había abordado ya. Allá por el 2010 aproximadamente, allá se había abordado esta problemática eh...quizá no con la... con la... con la posibilidad de abarcar tantas instituciones como nosotros lo pudimos hacer. Es decir fue un abordaje más bien del Centro de Salud, con Justicia y ahí termino; y el abordaje nuestro fue mucho más amplio anteriormente eh... a nosotros nos llega el caso... [...].

b) con la omisión en sus narrativas del problema de salud mental de Violeta, que reconocen solo avanzada la entrevista por una pregunta - afirmación del investigador (que conoce someramente el caso):

C16: Es una chica con cierto retardo mental...

C9: Exactamente.

C16: Que eso no lo dijimos.

C19: Es leve, un retardo mental leve, pero sí. Y se nota.

Las cajas de herramientas de los actores institucionales muestran distintas disputas por el objeto de acción:

a) para salud es Violeta la que sufre violencia familiar, aunque los moviliza principalmente su interés por “el bien primordial” de los niños;

C16: ¿Que pusieron como objetivo? ¿Para donde iban? En el sentido de la relación con la dificultad... Hablaban con uno, con otro, con otro... ¿Hacia dónde iban? ¿Que habían puesto como finalidad?

C9: El bien primordial de los chicos, es decir, que los chicos no estuvieran en un hogar donde eh... vivido por este tema de violencia. Si realmente estaban pasando esta violencia, estos chicos eh... a ver... los nenes demostraban agresión constantemente en el Jardín y en la Escuela, pero constantemente. Estos tres chicos hoy, con su tía, son otros. Entonces, hoy nosotros miramos para atrás y dijimos bueno medianamente hicimos... El vínculo está, porque si hay algo por lo que uno pelea siempre es que no se pierda la Patria Potestad y no se pierda el vínculo. Ésta mamá, tres veces por semana los ve, tres veces, fin de semana por medio los trae para Trenque Lauquen y están con ella, con el papá también, pero se cortó esto, la violencia.

b) el Jardín mira principalmente los problemas de conducta que manifestaban los niños, y luego las marcas físicas de Violeta, cuestión que lleva el caso al CAPS, en la última intervención;

C16: Y será por eso que la Justicia...

C19: En un principio tomaba...

C16: Lo miro por ahí.

C19: Las conductas que ella tenía... pero no porque la Justicia viniera a sentarse con los equipos del Centro de Salud a tratar el tema. Sino lo que le llegó a la Justicia, de parte de las instituciones. Porque desde el Jardín siempre estuvo esa mirada, que la mamá era culpable de lo que estaba pasando, y desde el Jardín llegó esta información a la Justicia; y la Justicia determinó de lo que llegó de la institución del Jardín.

c) para “justicia” el usuario cambia en el proceso: primero son niños con derechos vulnerados; luego reconoce la existencia de violencia, procede en consecuencia con sus protocolos instituidos, aunque continúa “rotulando” un caso donde lo central o el problema legal a resolver es el cuidado de los niños (le vuelve a quitar la guarda a sus padres); finalmente, cuando cambia la “carátula” de ‘Derechos vulnerados de niños’ a ‘Violencia familiar’, su objeto de su trabajo institucional pasa a ser Violeta.

C19: La secretaria nos pidió y nosotros le dijimos “no le dejamos el material, nosotros necesitamos una audiencia con la jueza”. Bueno, finalmente, nos da la audiencia con la jueza y vamos con un informe armado más estas... esta documentación que era... fotos de ella golpeada, muy golpeada en alguna de ellas, que se había sacado ella misma, Y algunos audios donde él la agredía verbalmente. A raíz de eso, es ahí donde la Justicia, ahí es donde la Justicia, cambia la carátula.

C9: Ahí estamos.

C19: Pasa de “derecho vulnerado de menores” a “violencia familiar”.

Puede vislumbrarse la complejidad que la acción interinstitucional conlleva:

- a) con el ‘objeto de acción’, definido con criterios del campo específico de cada institución;
- b) con objetivos y finalidades diferentes a partir de ello;
- c) con lógicas diferentes al momento de seleccionar los medios de producción de dichas finalidades;
- d) con capturas complejas y de distinta intensidad que agencian al trabajo en salud y a su menú de ofertas, y por supuesto con enormes dificultades para singularizar el ‘objeto de la acción’ y ajustarse a sus necesidades (5).

En ese proceso histórico de disputas y luchas, los C9 y C19 hicieron uso de sus fuerzas instituidas y personales (como sujetos implicados), para revertir una situación que interpretaban como injusta, donde la víctima fue culpabilizada durante tanto tiempo: *“todos veíamos una mamá que era víctima de violencia”, “una mamá que nunca fue escuchada por la justicia”.*

Si bien todo el proceso de su hacer fue centralmente instrumental, muestran su compromiso con la usuaria, defendiéndola, y “poniéndole el pecho a las balas”²⁸, fueron a ver a la Jueza de familia con pruebas de su sufrimiento (que funcionaron como dispositivo para ellos, cuyo funcionamiento agenciador se relaciona en lo empírico al cambio de “carátula” de la causa judicial).

Aún con la autopercepción de no calificar técnicamente para trabajar específicamente el problema de la violencia y la drogadicción, los C9 y C19 logran avanzar con las reglas impuestas por la justicia hasta el cambio de carátula, que parece ser el final de su proceso de atención, colocado teleológicamente por ellos, tanto en la entrevista como en el texto del Power Point.

Las tecnologías más utilizadas fueron:

a) las duras, de los informes, de los procedimientos e indicaciones de Justicia, que tuvieron que aplicar. También el mapa georreferenciado y sus haceres con frecuencia preestablecidas de visita según categoría, a partir de él (cuestión que pone algo de blandura);

b) las blandas duras como los saberes bien estructurados de la experiencia institucional para la coerción (las indicaciones, el seguimiento, etc.); también para la construcción de la red con una concepción estructural de la misma, definiendo como nudos constitutivos a aquellos actores instituidos que actuaron desde cada uno de sus espacios formales y con sus propias finalidades. Lo blando está en las relaciones intersubjetivas que produjeron (buscando apoyo de cada uno de los actores institucionales), lo duro colocado por las formas de acción estructuradas, como el conocimiento de la producción de informes como lenguaje y como forma de obtener compromiso institucional;

c) las blandas utilizadas en la estrategia de relación, se percibe un trabajo de “seguimiento” y acompañamiento conductista, cuestión que las acerca a las blandas duras.

El accionar de la caja de herramientas de “justicia” también visibiliza la priorización que ella hace de dimensiones económico materialista, adjudicándole la “guarda” a la suegra de Violeta:

²⁸ Expresión popular de enfrentar las dificultades.

a) que expresó trabajar muchas horas al día y que no quería / podía hacerse cargo de los niños (cuestión revelada por los propios trabajadores de la salud);

b) que vivían todos en una misma casa, aún con “restricción perimetral” como medida judicial de protección a Violeta;

De cualquier modo le adjudica la “guarda” porque era la que podía mantener económicamente a esa familia (alquiler, etc.)

C9: Siempre lo dejó en claro, la abuela... esta tenencia legal que ella firmaba para que el padre pudiera convivir con sus hijos, pero no porque ella quería hacerse cargo de los nietos. Ella es una persona “que trabaja todo el día, que estaba cansada de esta situación y que firmaba nada más”... La justicia, nosotros le dijimos esto a la Justicia, en su momento... “ésta abuela no quiere hacerse cargo de sus nietos”. C16: Como para engañar... un mecanismo de engaño al procedimiento judicial, digamos. Había alguien responsable, listo.

C9: Ya está.

C19: Nosotros se lo aclaramos la Justicia, en esa reunión, de que la abuela no se quería hacer cargo, no se quería hacer responsable, que no estaba cumpliendo con los requisitos mínimos de ser tutor de los chicos, en ese momento. Y la Justicia nos dijo “bueno, pero es el único recurso económico que tenemos para poder sostener esta familia” Es decir porque...

C16: Ah, el padre.

C19: Claro, porque el papá por...

C9: No, la abuela.

C9: La abuela.

C19: “O sea el único recurso económico que tenemos”, dijo la Justicia, “es la abuela que paga el alquiler”.

Se puede objetivar consecuencias éticas del proceder tan instrumental de la (in) “justicia”, aplicando sus menús de ofertas protectivas (protocolos ante determinada situación), sin mediar una reflexión de la singularidad compleja expresada en esta familia.

10.4.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

-Las narrativas de los entrevistados expresan principalmente relaciones formales e institucionales en los procesos de trabajo (en las que los informes fueron un modelo comunicacional por excelencia).

Los encuentros del trabajo fueron:

Trabajador – usuario:

a) se identifican datos de una relación de control instrumental y coercitivo en reiteradas situaciones de los encuentros:

[...] si hay violencia y que evidentemente a los chicos les está repercutiendo en el Jardín. Entonces a estos papás... evidentemente, no podían estar más con estos chicos, salvo que ellos accedieran a un tratamiento psicológico en forma conjunta...

-C9: El vínculo de la pareja con nosotros fue excelente. [...], para que sus hijos pudieran seguir con ellos... Le explicamos esto, muy claramente. Se les informó, a los dos, que dependía de ellos, que para diciembre se iba a tomar una medida si ellos no podían esto, poder llevar a cabo este tratamiento. A ver, lo importante que era éste tratamiento, para que sus hijos pudieran seguir con ellos. Sino que, no iban a perder la Patria potestad, pero si la tenencia.

b) también de defensa de la usuaria, en reiteradas ocasiones, por su angustia y dolor. Se detectan relaciones intercesoras de los C9 y C19 relacionados a Violeta, primero con los informes que les afectan sus haceres cuidadores, y luego con las pruebas de la violencia psicofísica del sufrimiento de Violeta que los lleva a presionar al Juzgado de Familia, pidiendo una audiencia que no les dan y luego, al negarse a entregar las pruebas, les otorgan. Allí se logra al cambio de carátula, percibido en la entrevista como la mayor intensidad afectiva de C9 y C19.

Trabajador - trabajador:

C16: ¿Ustedes dos son como juntos? La pareja.

C9: Sí, sí. Nosotros dos.

C16: El dúo dinámico.

C9: No, no. Nosotros trabajamos los dos juntos. Sí, sí, nos acompañamos mutuamente.

C19: Y lo bueno es que articulamos la tareas.

C9: Siiiiii.

C19: Es decir, "mañana vas vos".

C9: A las reuniones también.

C19: Y bueno, ésta confianza de que yo le cuento como promotor de salud a ella como trabajadora social, ella lo toma como...

C9: Sí, sí.

C19: Y lo mismo lo que ella me cuenta a mí, esa confianza que hay, es como estar espalda con espalda.

C9: Es recíproco.

C19: Eso es lo que nos fortalece.

C9: Y la confianza y la ética que se explica a toda familia que se trabaja. Lo que se habla acá en cuatro paredes, queda en cuatro paredes. Nosotros no somos la policía, no somos el Juzgado. No le pasamos la información, ni la documentación nuestra a otra institución. Podemos compartir, podemos sentarnos a hablar... pero nuestros informes no... somos muy recelosos de nuestra información [...].

a) en la entrevista, los encuentros más intercesores son los que C9 y C19 tienen entre ellos, constituyendo un equipo de trabajo que genera un ambiente de contención y mutualidad ante la adversidad de los problemas, como con Violeta, una víctima culpabilizada que los agenció y los implicó, y por quien hicieron un recorrido. Por más que la racionalidad instrumental estuvo dominando la escena, sin dudas que sus narrativas dejan percibir flujos de fuertes intensidades, *afecciones* de un caso que los movilizó hondamente;

b) los C9 y C19 perciben satisfactoriamente el apoyo recibido por el equipo de salud del CAPS, y lo consignan como una fortaleza del proceso. Sin embargo, mucha de dicha percepción está fundada en la actitud del grupo de compañeros de “mantenerlos informados”. Se percibe una ruptura cuando ellos dos, como referentes de esa red interinstitucional, acuerdan la necesidad de una terapia psicológica de pareja, y luego al interior del CAPS la psicóloga considera inconveniente, demorando el proceso.

C16: ¿Y al interior del equipo? ¿Al interior del Centro mejor dicho?

C9: No, sí... al interior del equipo si se trabajó.

C16: O sea se sintieron acompañados.

C9: Sí, totalmente cien por cien, con todos.

C9: Para mí sí, todo el tiempo. Ya te digo, por eso nos llegaba la información... Si siempre estuvo ahí.

C9: [...] Salud se aportó información relevante pertinente al caso por supuesto, muy importante. Y la participación activa de todos los agentes del CAPS: Esto es desde el auxiliar de limpieza, el administrativo, médicos, enfermeras. Acá todos eh quedamos involucrados.

C16: ¿Cómo intervenían?

C9: ¿Cómo intervenían?... La veían a Violeta en la plaza con Alberto... Y venían y nos decían “mira, están juntos, tienen una perimetral y están juntos”. Entonces nosotros llamábamos a Violeta la citamos, la hablamos “que no, que esto de tener una perimetral es que no puede, ella no puede acercarse a él, por una cuestión que sino después ya no va a ser escuchada”... este... bueno... nada.

C19: Y muy atentos en qué situación ella venía.

C9: [...] Bueno, entonces, en la reunión quedamos como referentes C19 y yo para trabajar con ellos... en cuanto a esto, en cuanto a un tratamiento psicológico. Bueno, se pensó un tratamiento en forma

conjunta, pero entonces no porque la psicóloga pensó que no era necesario... ¡ah, no! que no era conveniente...

C16: ¿Con quién?

C9: Con ésta pareja. Con la mamá y con el papá.

C16: Estamos hablando de la mamá, entonces, ¿o del niño?

C19: La idea era hacer psicología de pareja, o sea ¿y qué pasó? No hay psicólogos que trabajen psicología de pareja.

C9: No hay

Trabajador - otras instituciones:

a) si bien C9 y C19 logran reunir a una importante cantidad de actores y personajes institucionales involucrados con la familia usuaria, consideraron que estuvieron solos en la atención directa del problema, sin apoyo de los equipos técnicos;

C19: Y eh... ¿ustedes donde encontraron, en todo este proceso, la dificultad más grande? Donde se sintieron...

C9: Esto, el trabajo interdisciplinario con todos los equipos técnicos. A ver, nosotros logramos juntar a CPA, a Servicio Zonal, a Servicio Local y a Juzgado de familia pero, nos faltó el equipo técnico de estas instituciones. A ver... Nosotros fuimos, hicimos el seguimiento, acompañamos a esta pareja. Pero no podíamos trabajar el tema de adicción, el tema de violencia, todo junto. O sea nos faltó del CPA, el equipo técnico del CPA, que trabajara el tema de adicciones, el tema de violencia, que trabajara en el tema de violencia. Te vuelvo a repetir nosotros como agentes sanitarios.

C16: Como que trabajaron en soledad Relativamente.

C9: Claro.

C16: Tuvieron el aval... Lograron la formalidad, lograron representar una formalidad, quedaron coordinando un caso. Pero finalmente el trabajo en sí, eran ustedes dos.

C9: Exactamente.

C19: O Servicio Local, en tema de violencia.

C19: En ese caso es donde nosotros encontramos...

C9: Si totalmente la falla. Y eso la Dirección de Salud también nos dijo a nosotros en su momento "a ver chicos no tomen la responsabilidad de todo porque ustedes están en un "x" lugar trabajando y no se pueden hacer cargo de toda la situación compleja que está viviendo la familia".

Ni del equipo técnico del CPA para el trabajo con la drogadicción y la violencia, ni el 'Servicio Local de promoción y protección de los derechos del niño' ("Servicio Local"), les prestó apoyo directo con las propuestas de intervención sobre los problemas. Fue muy lamentado la ausencia del accionar del "Servicio Local", el primer responsable municipal de garantizar los derechos de los niños y su inserción social adecuada;

b) con el Jardín de Infantes la relación que se visibiliza es mediante el informe que los trabajadores perciben como una denuncia hecha “hacia ellos”, que los activa a intervenir.

10.4.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 2.

Se mapea el proceso de atención de una usuaria considerada -por los compañeros C9 y C19-, una víctima de violencia familiar que fue culpabilizada por un proceso judicial que determinó que Violeta no cuida bien a sus hijos. Este proceso fue producido unos años antes por un informe del Jardín de Infantes, al notar problemas de conducta en sus hijos. Tiempo después es esta misma institución la que solicita la intervención del CAPS por observar marcas de violencia en el cuerpo de Violeta.

Ante esta situación los C9 y C19 ponen como objetivo el cambio de carátula de “derechos vulnerados” de los niños, a “violencia familiar” de la madre (Violeta).

El lugar del usuario cambió según la mirada institucional. A C9 y C19 los moviliza el bien de los niños, y Violeta es la usuaria principal, sin embargo sus narrativas omiten que ella no solo es víctima de violencia, sino que también tiene una discapacidad mental. Tampoco el esposo violento no fue considerado usuario, por más que también tiene problemas de drogodependencia.

Inmediatamente la usuaria ocupa un lugar periférico en todos los procesos de trabajo, sus acciones no se dirigen a la vulnerabilidad psico-social de la familia. La usuaria, en síntesis, fue reducida en su complejidad, mirada y analizada como objeto pasivo del procesamiento institucional, y como objeto... de alguna manera ontologizada, convertida en un problema de resolución normativa y de acuerdos institucionales.

Los trabajadores utilizan la estrategia de construir una red con los actores institucionales que han intervenido en algún momento, con una idea estructuralista de red. Desde el ámbito formal, inician un recorrido con entrevistas a esos actores, a los que les van solicitando un informe sobre los antecedentes del caso de Violeta.

En ese recorrido se visualizan principalmente relaciones institucionales, y el “informe” (TM), fue el modelo comunicacional por excelencia. Este papel central del “informe” es signo de la instrumentalización de las acciones de C9 y C19 (y de la interinstitucionalidad), y está utilizado como herramienta formal para obtener el

compromiso de las instituciones, asumiendo una fuerza legal en los procesos de trabajo de actores muy instituidos.

Una vez reunidos los informes, convocan a todas las instituciones para reunirse con Justicia y lograr el cambio de carátula de la causa judicial. Aquí aparece “Justicia” como un actor ontologizado por los trabajadores.

En este encuentro de instituciones intentando trabajar asociadas con un caso (que las ha involucrado en sus campos de acción), llama la atención las importantes diferencias en cada una de ellas, en la definición del objeto de trabajo:

a) para Salud, el objeto de trabajo es principalmente Violeta, una usuaria golpeada;

b) para el Jardín de Infantes primero son los problemas de conductas de los niños y después la violencia familiar con las marcas de golpes de la madre Violeta;

c) para Justicia el objeto de trabajo es un caso de niños con derechos vulnerados, y sólo al finalizar el proceso de intervención cambia a un caso de violencia familiar.

Estas diferencias implican miradas, finalidades y lógicas de trabajo muy distintas también, visibilizando las complejas dificultades de la acción interinstitucional, particularmente entre “Justicia” y “Salud”.

Los sentidos de las cajas de herramientas son bien diferentes entre Salud y Justicia:

a) Salud enfrenta a un caso de “rotulación” equivocado, es decir a un caso de TM materializado por “Justicia” que hay que cambiar;

b) Justicia con la conducción de sus procedimientos muy estructurados (TM), dependientes de la definición jurídica (la “rotulación”).

Puede entenderse la disputa de las cajas de herramientas, y el control de procedimientos que dominó ampliamente el proceso de intervención de C9 y C19, con capturas que impidieron la singularización.

Es tan intensa la captura de la caja de herramientas de los trabajadores C9 y C19 por parte de los procedimientos de “Justicia” (tecnología dura), que la mayor parte del TV de los trabajadores resulta formar parte de la caja de herramientas de “Justicia”, que disputa y captura de gran manera el TV de “Salud”: su ética, su objeto, sus finalidades.

El trabajo vivo de C9 Y C19 es principalmente con las instituciones, y en menor medida con la usuaria. Sus narrativas, con pragmática legal, denotan que su TV está

centralmente capturado por el TM de las reglas institucionales de “Justicia”, que en los encuentros interinstitucionales visibilizados hegemoniza su ética de control del usuario.

Toda la potencia del TV es capturada por el ‘plano de organización’ de Justicia, la caja de herramientas de los trabajadores producen *afecciones tristes* de control, accionando con conductismo, coerción y reducción de la complejidad del caso, rasgos ético políticos de la razón instrumental institucional que conduce al usuario por los andamiajes previstos correspondientes a cada “rotulación”.

Los encuentros más intercesores de C9 Y C19 los tienen entre ellos, a partir de un caso que los ha movilizado hondamente en defensa de la usuaria, con una sensibilidad de la angustia y el dolor, con narrativas que evidencian reiterados encuentros intercesores también con la usuaria.

Ambos tienen la percepción de que han recibido un apoyo importante del equipo de salud, fundada principalmente en mantenerlos informados sobre las novedades del caso, visibilizando una concepción del trabajo en equipo como “información” que uno brinda para el trabajo de otro.

Si bien se sintieron acompañados por el CAPS, no es así con el resto de los actores institucionales, que los dejaron solos en el trabajo, sin los “equipos técnicos” competentes, sus narrativas expresan un profundo aislamiento del trabajo, aunque se habían comprometido varias instituciones.

Hay una mirada de “Justicia” que prioriza lo económico materialista en su procedimiento.

C9 y C19 luchan intensamente y consiguen el cambio de carátula.

10.5 Unidad de análisis N° 3: Taller “la red de pedidos y compromisos”.

Duración de grabación: 2 horas y 12 minutos

Fecha: 24/10/2014

Participantes:

- C3: Compañero 3 (médica generalista).
- C20: Compañero 20 (psicólogo).
- C2: Compañero 2 (administrativa).

- C21: Compañero 21 (médica generalista).
- C22: Compañero 22 (administrativa y promotora de la salud).
- C16: Compañero 16 (investigador y médico generalista).
- C1: Compañero 1 (promotora de la salud).
- C9: Compañero 9 (trabajadora social).
- C23: Compañero 23 (enfermera).
- C24: Compañero 24 (administrativa).

Este taller orienta el análisis del trabajo en las relaciones que acontecen: con compañeros trabajadores, con usuarios, y con distintos sujetos que de alguna forma intervienen en los procesos de trabajo. Sus participantes son trabajadores de tres CAPS diferentes, y si bien el marco institucional general es compartido, son efectores con diferencias en cuanto a condiciones de producción y productos.

La consigna “estructurante” fue: ¿con quienes tuve que conversar en la última semana por el trabajo?, y ¿qué tipo de pedidos me hicieron y necesité hacer?, y ¿qué tipo de compromisos se asumieron?

Para la organización del análisis se tienen en cuenta las seis distintas disciplinas o roles del trabajo que estuvieron presentes.

10.5.1 Variable 1: Composición técnica del trabajo.

El taller estuvo configurado por la presencia de seis disciplinas manifestadas en 10 singularidades.

a) Administración (C2, C22, C24):

El TV más importante de administración fue en las relaciones que produjeron, principalmente con usuarios y con profesionales médicos, quedando en un segundo término el resto de los vínculos que realizaron por pedidos o compromisos.

Con los usuarios se visibilizaron una gran gama de prestaciones relacionales, una buena parte de ellas desarrolladas con tensión (les pedimos paciencia, tolerancia, orden, contención), y conflicto (nos piden atención ¡ya, ya, y ya!), que desborda al trabajador y superado por la alta demanda y la multifunción, llega a descuidar sus modalidades de relación hasta la angustia del usuario que *“ha terminado llorando de cómo la administrativa lo ha tratado”*.

C22: *Paciencia, les pedimos, paciencia, tolerancia...*
C24: *Entonces, ponemos, pedidos...*
C22: *De parte de nosotros hacia ellos.*
C2: *¿Paciencia, se pide? (RISAS)...Se pide paciencia.*
C22: *Tolerancia.*
C2: *Esperar pacientemente (RISAS). Porque la verdad que...*
C24: *Tolerancia...*
C23: *Orden....porque, a veces, empiezan a correr y...*
C2: *A veces, a veces, hay mucho ruido y se queja el personal por eso y....no podes...*

C2: *Ellos piden ser atendidos.*
C24: *Bueno, por eso, ellos piden atención.*
C2: *Atención.*
C22: *Y atención, y atención, y ya, y ya, y ya.*
Todos repiten: *Y ya. Y ya.*
C2: *Atención y ya.*
C2: *Todos piden atención.*
C23: *Ellos piden atención.*

C22: *A veces... No piden verbalmente, pero sí te piden el oído. Eso está bueno.*
C16: *¿Te piden cómo?*
C22: *Que, a veces, no piden verbalmente pero sí te piden el oído.*
C24: *Atención, rapidez... solución, contención... ¿O no?*
C22 y C2: *Y sí, sí, contención.*
C2: *Eso es fundamental.*
C24: *¿Y?*
C2: *Bueno, ellos también piden... ¿no? También piden, papelería, también... porque se pide... muchas cosas son trámites... no sé cómo se dice...*

C9: *Y porque, por ejemplo, vos decís. Yo siento, por lo menos desde mi Centro, hay momentos en que la administrativa... yo he tenido que salir a buscar un paciente y llevarlo al espacio nuestro, porque ha terminado llorando de como la administrativa lo ha tratado al paciente. Lo ha hecho llorar al paciente.*

Con los médicos el TV estuvo centrado en resolver problemas de los usuarios: recetas, turnos agregados por necesidades urgentes; cuestiones en función del trabajo médico de atención: información del historial de pacientes, solicitud de insumos administrativos, comunicar a los usuarios los límites de la jornada laboral de atención, hasta algunas acciones que delegan en ellas como la orientación de usuarios con pautas de alarmas ante determinadas situaciones mórbidas.

C2: *Ah, como ser por ahí consultar sobre algún paciente.*
C16: *Ah, bien.*

C24: *Materiales como insumos, hojas, o administrativos, pongámosle.*

C2: Sí, porque lo de librería...

C24: ¿Y que dan? ¿Qué nos dan? ¿Qué nos da el médico a la...?

C24: Bueno ¿y el médico a nosotros?

C22: Bueno, eso nos piden ellos a nosotros. Y nosotros ¿qué le pedimos a ellos?

C2: Ellos a nosotros.

C23: Ahhhh... y nosotros le solemos pedir, por ejemplo, preguntamos... "Si tiene algún lugarcito para un paciente".

C24: No, pero en la información sobre el paciente. "Si tenía que volver"...

(RUIDOS)

C23: "Hay un señor, ¿qué hago?", le dice, "¿le doy turno?". "La semana que viene tiene que volver".

C22: Visitas a los pacientes... Que visites algún paciente vos.

C24: Por eso, nosotros le pedimos... Por eso, nosotros le pedimos... a ellos colaboración y ellos a nosotros también.

C24: Entonces las pautas alarma no entran acá.

C22: Receta.

C2: Sí, porque nosotros le pedimos pautas de alarma.

C2: Viste que si viene un paciente descompuesto vos lo llamas.

C24: Nos enseña, viste, a ver cuándo tiene EPOC... Que si es asmático... él te dice "ojo que si vos ves eso, hacelo pasar", la fiebre...

C22: Sí, sí.

C24: Entonces, la pauta también iría en los dos.

C2: Sí, en las dos.

C2: Y ellos nos piden a nosotros... que seamos atentos con algo...

Además de interceder en algunas cuestiones entre el médico y los usuarios, también reciben pedidos en función del confort de una clase médica hegemónica, en las representaciones de las administrativas:

C2: "No los sobrecarguemos de turnos".

S1: "Que no los sobrecarguemos de tareas..."

C16: Ah, bien, bueno...

S1: No sobrecargar de tarea.

C22: ¿Qué nos piden? Eh... No ser... recargados, de tarea, es verdad

C22: "Que no los sobrecarguemos" no sólo es una tarea, es una responsabilidad ¡che!

C24: ¿Se lo pongo así?

C2: Y sí.

C22: "Que respetemos los horarios".

C24: No, dijo C16 "la realidad". La realidad es que colgaron.

C2: No, "que le respetemos los horarios de ellos".

C22: De ellos.

C2: Para irse...

C24: Para irse...

C16: Para irse...

C24: Claro.

C2: Para llegar tarde o para irse temprano...

C24: "Que le tenga el mate preparado".

C23: "Que le tenga el mate preparado".

C22: "Que le tenga el mate preparado".

Con los distintos actores por necesidades de funcionamiento del CAPS (muchos).

C21: *En realidad ustedes se contactan con todos.*

C24: *Claro.*

C21: *Son un pulpo.*

C24: *Los vecinos.*

C16: *Los vecinos.*

C2: *No te va alcanzar.*

C2: *Nosotras no tenemos heladeras así que, cruzamos para pedir hielo. Hoy me dieron destornilladores.*

C21: *Ah, la heladera de ustedes.*

C2: *¿Cómo?*

C22: *Arreglamos los ventiladores con la ayuda de los vecinos, por ejemplo... A esa clase de relación nos referimos (INAUDIBLE). El vecino está integrado con los pacientes, también.*

C16: *Personal del municipio, ¿de qué partes?*

C24: *Nah, cualquiera....Puede ser reparto.*

C22: *De Personal.*

C24: *Bromatología.*

C2: *Cuando llega la mercadería.*

C16: *Bromatología, ¿para qué?*

C24: *Y... cuando castran los perros en este Centro. Bueno, tenés que llamar porque los carteles no los tenemos.*

C22: *O Mantenimiento... Se rompe algo y...*

C21: *O por ejemplo, cuando hay mordedura de can, hay que hacer la denuncia a Bromatología. Que eso no lo sabía, yo lo averigüé porque como me mordieron a mí...*

C24: *Y por último decimos los directivos.*

C16: *¿Los directivos? ¿Los directivos de Salud comunitaria? La Dirección de Salud comunitaria.*

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: *Salud Comunitaria.*

C24: *Con ANSES si, y otros más. Sí, sí.*

C16: *ANSES.*

C22: *Yo he recibido órdenes de parte de los directivos.*

El TM está presente en otra buena medida en el trabajo administrativo en forma de reglas institucionales (con la centralidad de administración en la organización), como la exigencia de emisión de bonos para las distintas consultas (incluyendo las de enfermería), y los requerimientos de procedimientos.

C21: *Administración es la puerta de entrada, el centro, todo pasa por ahí.*

C2: *Todo pasa por ahí.*

C24: *“¿No me sacarías un turno para...?”*

C22: *“¿Mañana que profesional viene...?”, y estás en tu casa...*

C21: *Te dan el bono, “te van a atender a vos. Vos después ¡ah!, anda a retirar el medicamento a Enfermería. Pero me parece, no estoy segura, que tenés que volver a Administración para sacar un bono, para ir a Enfermería”.*

C16: *¿O sea que tienen más trabajo ahora que antes?*

C2: *Sí.*

C24: *Se complejizó todo.*

C16: *Se complejizó. En que... ¿Por dónde pasa la dificultad, ahora, de trabajo?*

C24: *Porque, bueno, en realidad, si vos, digamos... Yo siempre hago esta comparación para hablar de las asimetrías que hay de las administrativas del Centro, respecto de los administrativos de otro sector. Porque, además, eso lo tenés que cruzar con categoría tres.*

C16: *Con categoría tres.*

C24: *Vos ahí... el trabajo administrativo es: mesa de entrada de Hospital, telefonista de Hospital, archivo de Hospital, la gente de epidemiología y estadística del Hospital. Porque las dos cosas. Porque a veces viene “la planilla de denuncia de parotiditis, ¿dónde está?”, “la conoce C21”. “Para derivar alta complejidad, ¿dónde está?”. Para todo ese circuito que en el office lo hace otra gente más.*

C2: *Como que, nosotras, cumplimos la función como de diez.*

C24: *Claro.*

C21: *Por eso decía, no está mal que la Administración tenga varias funciones para organizar. El tema es que es uno sólo.*

C22: *Claro a eso me refiero por ahí. A veces, no es tanto la papelería. Sino que, es una sola la que tiene que cubrir un montón de áreas.*

C3: *Una sola.*

C24: *Se pide... Cuestiones... Muchas veces, muchas veces, cuestiones de horarios que tiene que ver con personal. “Faltó, no faltó, no vino, ¿cómo no me avisaste que no vino tal?”*

C16: *Ahí, Ahí, ahí...*

C21: *Sí, te ponen en funciones que no te corresponden, botón.*

C24: *Si alguien fue, sino fue, también, es otra tarea más. No se... vos, en el Hospital tenés la gente de Recursos Humanos.*

C16: *El jefe de Personal.*

C24: *Claro, no el administrativo. Porque está viendo si llegó, si llegó a horario... que se yo... Lo que pasa es que, ¡tampoco, todo el tiempo con todo en la cabeza, y con la demanda...!*

C16: *¿Que más se hace?*

C24: *Archivo también, la parte de atender... ah, en el Hospital, de Archivo se sacan las historias clínicas pero el de Archivo se queda en Archivo y... pero hay uno que es rodante, porque va y hace la asistencia en consultorio.*

C16: *El que lleva y trae.*

C24: *Sí, yo creo, que son por lo menos diez. Como mirando así... como muy a vuelo de pájaro... En Ameghino, como hay tanta demanda para lo que yo hago... Plan Nacer, la carga (INAUDIBLE)*

C2: *Y en Administración del Este, en el tiempo que yo estuve, facturábamos después del Indio Trompa... que es un Centro que tiene baja consulta para lo que se facturaba. Porque, vos, para tratar de no perder todo lo que se hace, se debería hacer... en Ameghino...*

tendrías que dedicarte a full a eso, y el Promotor a full a eso. Que si te la llevas para el PROSANE, te la llevas para vacunación, te la llevas para no sé qué. No la tenés a la Promotora para vos.

El TM de la transmisión de información y la facturación de prestaciones contempladas por programas nacionales y provinciales, cobra importancia como mecanismo que captura parte del TV cotidiano. Los insumos administrativos (como historias clínicas, formularios); el teléfono (que condiciona y modula el TV con otros actores fuera del CAPS).

b) Enfermería (C23):

El TV es relativamente compartido con administración: con la atención directa a los usuarios, con el apoyo al trabajo de distintos consultorios del CAPS, y también con actores fuera del CAPS.

Sin embargo, el TV de atender de 40 a 50 personas por turno de 6 hs, acompañado por una sobrecarga de formularios y procedimientos administrativos (TM que tiene el fin de la producción y la transmisión de información, algunas facturables y otras con valor epidemiológico), hacen que el TV esté muy capturado por el TM de los registros de sus prácticas.

C23: Yo no he estado con pacientes de... Bha, pasan muchos pacientes. Pasan entre cuarenta o cincuenta personas – pacientes por mi turno, entre pacientes para vacunas y que van a curarse.

Mi lío es más con los papeles, lo que me tiene re desbordada es los papeles. Lo de Remediar siempre yo, siempre me dicen “busca que te ayude una enfermera”, pero siempre termino yo haciendo todo, pasar las vacunas, hacer los pedidos hacer... Siempre, ¡y es mucho!

C16: Claro. Con la alta demanda.

C23: En un momento pusieron otra enfermera más, para ayudarme. Yo estaba re contenta, re bien. Estábamos re organizadas, y la sacaron, y volvimos otra vez a lo mismo y se empieza a atrasar todo. Aparte de la atención, de estar con la gente, no podes estar haciendo... Termino llevándome a casa cosas de trabajo.

C16: ¿Trabajo a tu casa?

C23: Trabajo el fin de semana haciendo... y porque es mucha, mucha atención.

C22: Las vacunas, ¿en cuántas cosas distintas tenés que anotarlas?

C23: Las vacunas en la planilla, el libro de actas, la libreta, la c10, el bono. Es mucho para una sola.

Tanta es la demanda, las múltiples prestaciones que brinda, y las exigencias de cumplimentar registros, que este TM captura el TV de las reuniones de equipo de las que no participa porque elige estar haciendo otros trabajos que si no se le atrasan.

C23: Yo, a veces, no participo de las reuniones de equipo. Porque, a veces, se hablan cosas y a veces no se solucionan las cosas.

C16: No se solucionan...

C23: Yo prefiero estar en el trabajo, haciendo otras cosas que se me atrasan.

c) Promoción de la Salud (C1):

El TV estuvo en las relaciones con otras instituciones (como Jardín de Infantes), con actores relacionados con la campaña de vacunación, con el Programa de sanidad escolar (PROSANE), con el Programa de adultos mayores (PRAM), y con los usuarios de esos programas: niños escolarizados (con TV de educación para la salud en el PROSANE), con adultos mayores (con las actividades programadas del PRAM y del programa 'Trenque Lauquen en movimiento'²⁹), que también relaciona a los trabajadores por el programa (TV). También conversó en una reunión de planificación del trabajo con profesores de educación física. No se encuentran narrativas de TV con los usuarios ni con compañeros trabajadores de su CAPS, en toda esa semana laboral.

C1: Yo, como promotora de Salud esta semana particularmente tuve actividades en los Jardines, con pedidos de matrícula total de alumnos, para controlar campañas de vacunas.

(SILENCIO)

C1: Después con la Dirección también estuvimos conversando, con la directora... Estoy más avocada a lo que es, hoy por hoy, programa de actividades, programa PROSANE en las escuelas, controles de chicos. Más que nada, consejería, no es taller lo que yo doy, sino que consejería a los chicos en lavado de manos y eso...Y, bueno, otras actividades con los adultos mayores, también.

C16: ¿Adultos mayores, llamas al PRAM?

C1: Sí, actividad el PRAM.

C1: Con el equipo y con las mismas personas, que ellos también necesitan que... o sea te comentan algún problema.

C1: Eh... Con los profes de Educación Física....Ya para programar actividades para el verano... Y seguimos con actividad (RISAS) Son ellos los que convocan ¿no? No es uno, que se ofrece...

(RISAS)

C1: Bueno, con la referente de Vacunación.

²⁹'Trenque Lauquen en movimiento' es un programa dirigido a adultos mayores autovalentes. El mismo consiste en caminatas, ejercicios físicos en espacios públicos, y diversas actividades grupales.

El TM que utilizó fueron los insumos administrativos, reglas institucionales, procedimientos normalizados de los registros y transmisión de información, como la facturación del Plan Nacer, el sistema informático OSMU, registros de alumnos matriculados en las escuelas.

d) Medicina General Integral (C21 y C3):

Su TV estuvo en la relación con la administrativa y el usuario, principalmente. Con acciones comprometidas con los usuarios, una de las profesionales reconoce que *“Sí hago una visita social, pero el laburo es biomédico”*

C21: Eh... con los pacientes. Con los pacientes, pero desde otro lugar, no solamente desde el lugar de enfermedad. Yo charlo con los pacientes: niños, mujeres, adultos... yo charlo... Desde hacerle un globo, hasta hacerle todas las morisquetas para entretenerlo a los chicos. Desde, que se yo, darle un papel para que escriban mientras están con la madre, y así con cada uno. Por ahí no siempre....pero esa es mi modalidad.

C21: Siempre. Siempre. Hoy, una paciente me trajo un ramo de rosas de la casa, por ejemplo. O sea, no se las pedí, pero ella me las trajo. Y después por ahí charlo “como andas, como no andas, que haces, que dejas de hacer”...y bueno...si no tengo tiempo “hola, que tal y chau”, no más. Tampoco todo el tiempo. O si te mandé al psicólogo, “fuiste, no fuiste, dejaste de ir, como te fue”.

C3: El conflicto mío es... mi trabajo es bastante, puramente biomédico. Más allá que hay reuniones de equipo, más allá. Pero las reuniones de equipo, que están medio camufladas o disfrazadas para hacer... perdón, eh, los que estén, para rendir cuenta a determinadas... Que se hacen reuniones de equipo y consten en el acta, que se hacen reuniones de equipo. No se trabaja con promotores, yo no trabajo con Promotor de Salud, no trabajo con Promotor de Salud. Directamente me dirijo a la Trabajadora Social. Cuando está porque, creo, que te veo dos veces por semana por ahí, ¿no? También de ahí salir para afuera, con Promotor o no, tengo poca conexión. [...]

C3: [...] Hago visitas domiciliarias, cada tanto, dos veces por mes. Una sola. En realidad, la visita domiciliar, consiste en ir a ver una enfermedad puntual tampoco no es una cuestión social ni de acompañamiento. Sigue siendo biomédico por más que vaya. Mi punto de conflicto es, que la atención de equipo, es biomédica. Incluso, lo que se hace de lo social, también es biomédico. Ese es mi punto de conflicto si se quiere. Porque lo administrativo con lo de los turnos por más que sea conflictivo, como veo que existe, me parece que... Y bastante bien se trabaja con las administrativas.

e) Psicología (C20):

Su TV está en el trabajo con el PRAM y con sus pacientes. En sus narrativas puede visibilizarse la captura del TV por cuestiones subjetivas asociadas a las normativas y modalidades de gestión institucionales (con aspectos de TM también) que le afectan su producción cuidadora. Trae la percepción de un cambio regresivo en su trabajo.

C20: Entonces, mi mayor tensión es sentirme solo.

C16: La soledad.

C20: A veces hago el esfuerzo, a veces hago el esfuerzo... eh... voy al PRAM, apuesto, sigo apostando al trabajo en equipo. Pero igual me re embolo con eso, porque siento que los límites siguen estando... y no sé cómo hacer, digamos. Incluso, también lo siento de parte de mis propios colegas, digamos. Estamos todos trabajando solos. Mi colega psicólogo, en otro lugar, está igual y no tenemos tampoco un lugar para decir "a ver, ¿qué podemos coordinar para trabajar en conjunto esto? ¿Cómo recibimos a la gente?". En algún momento hicimos la historia clínica, ¿no? Organizamos que datos podían ser importantes. Ahora, mi otra tensión es que no estamos organizados.

C2: Y vos porque podés armar la historia clínica... pero nosotros no, no te queda nada.

C16: ¿Cómo no te queda nada? Claro, porque el registro lo guarda el psicólogo, digamos.

C2: Claro se volvió a eso.

C21: Danila los pone. Danila los pone en la historia, porque acordamos.

C20: Otra cosa que me pasó... Piden para que yo vaya a un taller, en una escuela, y después me dicen, de la misma escuela me dijeron, que "con vos no podemos hacer talleres". Entonces sentirte prohibido, también es muy jodido.

C16: ¿Eso cuando fue? ¿Ahora?

C20: El año pasado.

C24: O "hablas muy lindo, la idea está muy buena... Vos ocupate de esto, que de esto, se va a ocupar tal".

C16: Quien corresponde.

C24: Claro.

C16: Eso es una idea burocrática.

C20: Es una mirada política... Tienen una mirada distinta de lo que se hace, unos años atrás. Es política porque, si los profesionales se sienten trabajar solos, las Dirección de Salud se acaba de dar cuenta después de no sé cuántos años ahora, que no conoce de la problemática del abuelo de enfrente de cada Centro de Salud. Es porque hasta ahora, hasta hoy, tuvo una mirada distinta.

f) Trabajo social:

Su TV tiene alta conectividad, con usuarios y con distintos actores, al interior del CAPS y hacia afuera, con dependencias municipales, educativas, etc. En sus narrativas puede observarse que su TV no se deja capturar fácilmente por una enorme cantidad de fuerzas provenientes del TM que rodean al trabajo social (muy instituido).

El TM estuvo principalmente en las reglas institucionales de su doble dependencia: la DSC y la Secretaría de Desarrollo Humano (luego se amplía).

C9: Se puede hacer... En realidad, siempre corresponde que pase por Desarrollo Humano. Por ejemplo, yo lo que he hecho pero no lo puedo hacer más, es ir porque viene un vecino y me dice "tenés que ir a ver a Juancito que está en una situación de riesgo"... Yo lo puedo ir a ver...lo que no puedo es hacer un informe si Juancito no pide, verbalmente, en qué situación está. Una carta donde indique en qué situación está al intendente municipal

C21: ¿Cómo?, ¿cómo?, ¿cómo? ¡Pará, repetí de nuevo eso!

C9: Claro yo no puedo...

C2: ¿No puedes actuar de oficio sería?

C3: ¿Cómo?

C9: No puede actuar de oficio, entonces.

C16: Claro

C9: No

C9: En el Hospital. Entonces bueno, no es la primera vez que me pasa esto, que yo voy a ver a alguien en ésta situación y... Entonces, esta vez, bajé al Área de Trabajo Social, y dije "a ver, mínimamente llama a los familiares". Y "le tienen que traer", pero es una gestión que, ya te digo. El Hospital sí tiene un servicio de Trabajo Social, y lo tienen que saber a eso. Bueno ahí nomás, llamé... Pero bueno, como no era la primera vez, bajé a ver... Veinte días lleva, veinte o veinticinco días lleva internada, una chica, treinta años. No la sacan ni al patio. ¿Por qué no la sacan? ¿Por qué tiene una custodia policial?

C9: Sí...este... bueno...Entonces, si yo vengo, no voy a aceptar esto. Yo me hago responsable, yo la conozco, yo me hago responsable...y me dice "No", me dice, "porque tenés que pedirle una autorización a Trecco"...Todavía, Trecco, no me pudo atender. Pero la idea es saber articular con el Hospital, o lo que sea necesario, para brindarle... y ella me dice "esto me hace mal ". "Sí, por supuesto que te hace mal". Yo no soy psicóloga, no soy psiquiatra, para determinar el estado, pero no es bueno, por supuesto. Obviamente ella, no la está pasando bien. Evidentemente tiene delirios, evidentemente no está bien. Pero eso no quiere decir que no se le brinden condiciones mínimas.

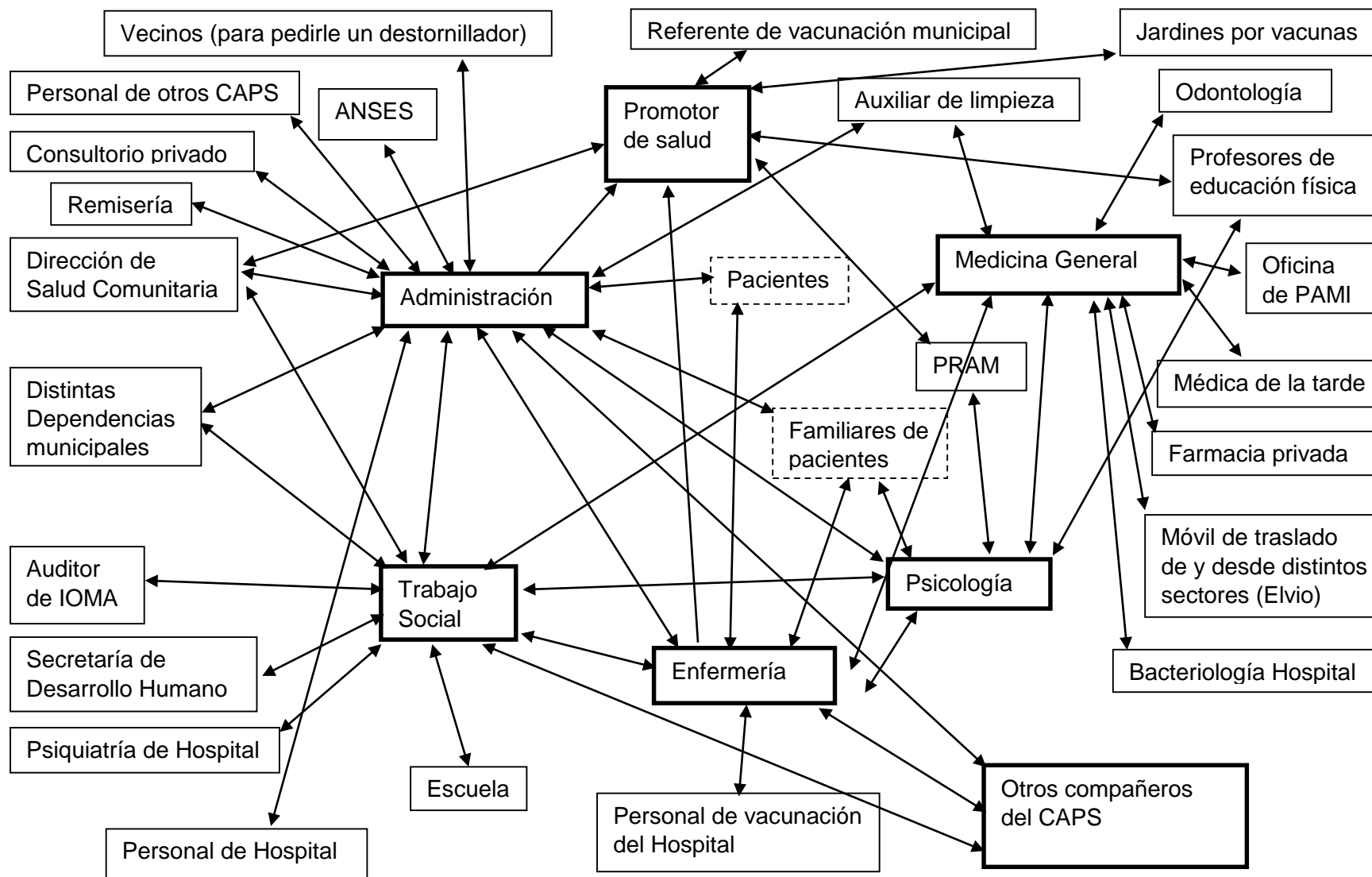
C9: Exactamente y dentro de lo que es....Yo te nombro Desarrollo Humano, pero el Trabajador Social responde a todas las áreas del Municipio: a Obras Públicas, Legales. Es decir, de Legales te puede llegar que tenés que hacer un informe socio ambiental de la violencia... que viene ampliado desde la Ciudad de Buenos Aires... Porque está viviendo en el área programática de Indio Trompa...

10.5.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.

Para el análisis de esta variable se presenta en la siguiente página la transcripción de red de relaciones por el trabajo, construida por los participantes en el taller (transcripción de papelógrafos).

Para iniciar el análisis del lugar del usuario en las narrativas de los trabajadores, se marcan en contornos punteados a “usuarios” y “familiares de usuarios” (apenas conectados), y en contornos gruesos a los trabajadores organizados por disciplinas. Desde allí se hacen las observaciones de las conexiones realizadas para el trabajo (conversaciones), en esa semana. Es posible encontrar conexiones que se marquen en un solo sentido, debe entenderse que los participantes son de tres centros, y las conversaciones por el trabajo de los participantes no fueron necesariamente producidas con los compañeros presentes en este taller.

Figura 2: La red de petición y compromisos. Primer taller grupal. 24 de octubre de 2014.



Puede visualizarse que en la intensa red de conversaciones por el trabajo, el usuario ha quedado con muy pocas conexiones. Sólo administración y enfermería consideraron haber hablado con el usuario por el trabajo, el resto de los trabajadores lo pusieron fuera de sus procesos de trabajo.

¿Qué tipo de modalidad de atención de la salud puede corresponderse con la percepción subjetiva de materializar el trabajo sin requerir considerar al usuario?

Se observa una organización de trabajadores funcionando de forma articulada según roles disciplinarios, por campo específico. Podemos imaginar el proceso de atención del usuario como una recorrida tipo "cinta de montaje", donde cada trabajador va produciendo sus prestaciones específicas (de su campo), y los usuarios (sujetos del cuidado), reducidos en su complejidad a objetos del procesamiento institucional... de esta forma sí podría entenderse la invisibilización del usuario referida.

Para los administrativos (C24 y C2), los usuarios fueron:

a) el "afuera", quienes traen problemas, los que piden "*Atención, rapidez... solución, contención...*", "*Y atención, y atención, y ya, y ya, y ya*", percibiéndose un malestar por sus necesidades, quizás asociado a la alta demanda, entre otras cuestiones. Por ello les piden esperar pacientemente, tener tolerancia, sacar los turnos con anticipación, pedidos que buscan poder facilitar el trabajo (de ellos);

b) los sujetos con los cuales tienen un compromiso cuidador implicado, con el cual asumen con sus necesidades y pedidos. Se percibe en sus acciones un sentido de beneficencia y de ayuda afectiva al más vulnerable.

C24: Y, por ejemplo, por ahí estaba también lo del compromiso. Yo sé hasta dónde voy a llegar. Entonces, sé con qué me puedo comprometer, y sé con lo que no me puedo comprometer. A veces, me termino haciendo cargo o nos terminamos haciendo cargo de situaciones que con las que nada tenemos que ver, pero con las... pero viendo la situación del paciente, eh... nos comprometemos a veces con cosas que sí... yo te diría que sí, que ya, ya... y... Por eso, te digo, depende también la Administración y depende también el compromiso de cada uno.

C3: Y supera tu función.

C24: Yo, sí. Mi función la adoro, soy fanática, me fascina, pero me supera.

C16: Ciertos compromisos, entonces

C24: Yo, compromisos míos, yo me comprometo, me comprometo... sabiendo lo que estoy haciendo. A mí lo que me mata, es la falta de compromiso de los demás.

C24: [...] También, dependen los modos eh... Porque hay gente que va a las cinco de la tarde, y son muy pocos a los que les decimos "no, no te podemos atender" y rajan la puerta que la matan a la madre. Y, hay gente, que se va

conforme cuando vos le decís que no “y bueno” te dicen, “tendré que ir al Hospital”. Depende también a veces el modo.

C2: Sí, pero no. Hay gente que no le gusta.

C24: Sí, pero siempre, bueno si es muy urgente, bueno tratamos de que sea atendido y bueno sino le buscamos la solución: “llama a algún otro, llama a otro Centro”... por lo general son pocos los que se van sin soluciones, digamos, pero bueno... ya te digo, desborda. Hay veces que a mí la situación me desborda, ¡me desborda mal!

Para la enfermera los usuarios son un problema que les significa cansancio, y una tarea nunca terminada: la de los registros y “papeleríos”, que tiene que hacer en la atención.

C23: Yo no he estado con pacientes de... Bha, pasan muchos pacientes. Pasan entre cuarenta o cincuenta personas – pacientes por mi turno, entre pacientes para vacunas y que van a curarse. Mi lío es más con los papeles, lo que me tiene re desbordada es los papeles. Lo de Remediar siempre yo, siempre me dicen “busca que te ayude una enfermera”, pero siempre termino yo haciendo todo, pasar las vacunas, hacer los pedidos hacer... Siempre, ¡y es mucho!

C16: Claro. Con la alta demanda.

Para la trabajadora social los usuarios aparecieron centrales en sus procesos de trabajo, poniendo el cuerpo para defenderlos en su humanidad.

C9: [...] Después, con el Hospital, porque... yo voy a ver a una paciente que está internada, en el pabellón de psiquiatría o en el área de psiquiatría. Y bueno, yo consideré o yo considero, que las condiciones mínimas no se le están brindando a esa persona. Como, por ejemplo, no tener una botella de agua fría.

C16: En el Hospital.

C9: En el Hospital. Entonces bueno, no es la primera vez que me pasa esto, que yo voy a ver a alguien en ésta situación y... entonces, esta vez, bajé al Área de Trabajo Social, y dije “a ver, mínimamente llama a los familiares”. Y “le tienen que traer”, pero es una gestión que, ya te digo. El Hospital sí tiene un servicio de Trabajo Social, y lo tienen que saber a eso. Bueno ahí nomás, llamé... Pero bueno, como no era la primera vez, bajé a ver... Veinte días lleva, veinte o veinticinco días lleva internada, una chica, treinta años. No la sacan ni al patio. ¿Por qué no la sacan? ¿Por qué tiene una custodia policial?

C16: Es una persona, perdóname. ¿Es una persona que vos conoces de Ameghino, de tu trabajo de allí o de donde la conoces?

C24: No, del Indio.

C2: Del Indio, es ella.

C16: Ah, perdóname, del Indio.

C9: No la conozco del Indio. Pertenece al área de Ameghino, pero la conozco informalmente.

C24: Es la chica que la esposaron, ¿no?

C9: Sí, sí.

C9: Es un caso de...muy violento.

C24: Tuvo una crisis y la esposaron.

C9: Sí, sí, yo nunca la vi esposada. Porque, obviamente, tenemos un área de Salud Mental para que... Obviamente... porque estas cosas no pueden suceder.

C9: Si... este... bueno... Entonces, si yo vengo, no voy a aceptar esto. Yo me hago responsable, yo la conozco, yo me hago responsable... y me dice "No", me dice, "porque tenés que pedirle una autorización a Trecko"... Todavía, Trecko, no me pudo atender. Pero la idea es saber articular con el Hospital, o lo que sea necesario, para brindarle... y ella me dice "esto me hace mal". "Sí, por supuesto que te hace mal". Yo no soy psicóloga, no soy psiquiatra, para determinar el estado, pero no es bueno, por supuesto. Obviamente ella, no la está pasando bien. Evidentemente tiene delirios, evidentemente no está bien. Pero eso no quiere decir que no se le brinden condiciones mínimas.

C9: El problema, es que... porque ya ha estado internada. Inclusive estaba hasta no hace mucho antes de que ingresara a internación nuevamente, por un episodio de crisis obviamente... Seguramente, el psiquiatra me va a decir "por esto y por esto está internada", y tendrá su argumento pero... Estuvo en Pehuajó, pero no, estuvo tres o cuatro días, porque la mandan de vuelta... Ehhhh... también, estuvo hace unos meses estuvo en Necochea también. Estuvo un mes o dos, y la mandan de vuelta porque consideran que es un paciente para estar externado, no internado. El tema es que... me pa... yo no conozco mucho, mucho, a la familia de ella. Pero, creo que lo que no han podido es sostener la red familiar... para decir "bueno, yo me hago cargo...".

C9: Bueno, pero hay que ver, desde la comunidad, como se la puede ayudar. Porque evidentemente... yo la he visto en la casa. Y la vi, sí, la vi mal que, obviamente, no se podía organizar... Bueno, me comuniqué con la gente de Ameghino, pero no se pudo llegar a... porque, cuando quise darle los datos, ya volvió a estar internada otra vez. No se pudo trabajar con la gente de Ameghino.

Para las médicas los usuarios están presentes y se comprometieron con ellos. En la "red de petición y compromisos" C3 se comunicó personalmente con distintos sectores que hacen al funcionamiento de la organización, saliendo del ámbito intraconsultorio exclusivo para hablar con la oficina de PAMI, con la médica de la tarde, con una farmacia privada, con el móvil de traslados de muestras y resultados de métodos complementarios y con Bacteriología del Hospital, cuestiones comunicacionales que en su mayoría son delegables a la administrativa.

El psicólogo presentó poca conectividad por el trabajo, si bien reconoce haber hablado con los familiares de usuarios, no con el usuario, que quedó en segundo plano.

Para la promotora el usuario es el objeto de distintas actividades grupales de los Programas en los que participa (PRAM, Inmunizaciones), y buena parte de sus procesos de

trabajo le ocupan las búsquedas y producción de registros y facturación de los distintos programas que le reditúan dinero al municipio.

10.5.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.

a) Administración (C2, C22 y C24):

Contó con herramientas muy variadas y polivalentes. Con el rol de puerta de entrada al CAPS son confrontadas en primer término con las necesidades y pedidos de los usuarios, tan diversos como complejos. Póngase atención en la diversidad de actividades, en los múltiples ámbitos de relación, y en las múltiples finalidades de sus cajas de herramientas;

C22: Figuro en los papeles como Auxiliar, todavía, pero hago en parte hasta donde sé de Administración; en parte hago, hasta donde sé, ayudo a las chicas; en parte hago material para la sala, lo hago yo, todo lo que es para la sala; hago todo lo que sé de Odontología. Pero nada de lo que es Auxiliar. Porque, por problemas de salud, yo lo de Auxiliar no lo puedo hacer. Por ende, no tengo una tarea designada...

C21: Bueno, pero vos te podés poner.

C22: Yo voy y ayudo en lo que puedo, pero no tengo una tarea asignada.

C2: Y que a veces pedimos información ordenada. A veces pedimos papeles. ¿No? No sé cómo se dice... nosotros también le pedimos información, "usted tiene que traer cuantos miligramos toma de..."

C22: Eso es lo que, nosotros, les estamos indicando a ellos.

C2: Claro, por eso, una le pide "que traiga información ordenada, detallada".

C22: Detallada, detallada.

C2: Claro, porque si no, no podés hacer ninguna receta.

C22: De si son veinte, sesenta, si son treinta y ocho, si son veintiocho.

C22: A veces... No piden verbalmente, pero sí te piden el oído. Eso está bueno.

C16: ¿Te piden cómo?

C22: Que, a veces, no piden verbalmente pero sí te piden el oído.

C24: Atención, rapidez,....solución, contención... ¿O no?

C2: Y sí, sí, contención.

C2: Eso es fundamental.

C24: ¿Y?

C2: Bueno, ellos también piden... ¿no? También piden, papelerío, también... porque se pide... muchas cosas son trámites...no sé cómo se dice.

C21: ¿Cada uno de ellos? ¡No te alcanza la hoja!

C22: Se piden planillas.

C2: Te piden los turnos.

C24: Aparte que vengan, vienen a buscar... desde que vos llames y saques turno en algún lado...

SI: Ah, como ser por ahí consultar sobre algún paciente.

C16: Ah, bien.
C2: "No los sobrecarguemos de turnos".
S1: "Que no los sobrecarguemos de tareas..."
C16: Ah, bien, bueno... no sobrecargar de tarea.
C22: ¿Qué nos piden? Eh... No ser... Recargados, de tarea, es verdad.
C22: "Que no los sobrecarguemos" no sólo es una tarea, es una responsabilidad ¡che!
C24: ¿Se lo pongo así?
C2: Y sí.
C22: "Que respetemos los horarios".
C24: No, dijo Pablo, "la realidad". La realidad es que colgaron.
C2: No, "que le respetemos los horarios de ellos".
C24: De ellos.
C2: Para irse...
C24: Para irse.
C16: Para irse.
C24: Claro.
C2: Para llegar tarde o para irse temprano...
C24: "Que le tenga el mate preparado".
C23: "Que le tenga el mate preparado".
C22: "Que le tenga el mate preparado".
C24: "No ser recargados".

C22: ¿Y nosotros que le pedimos a ellos?
C24: Entonces las pautas alarma no entran acá.
C22: Receta.
S1: Sí, porque nosotros le pedimos pautas de alarma.
S1: Viste que si viene un paciente descompuesto vos lo llamas.
C24: Nos enseña, viste, a ver cuándo tiene EPOC... Que si es asmático él te dice "ojo que si vos ves eso, hacelo pasar", la fiebre...
C22: Sí, sí.
C24: Entonces, la pauta también iría en los dos.
S1: Sí, en las dos.
S1: Y ellos nos piden a nosotros... que seamos atentos con algo...

C21: Eso respecto a los pacientes. Después... Ehhhh... que se yo. Yo puse con las administrativas: historias clínicas, asistencia al paciente para orientación, les pido, a las administrativas. Se encarga de hacer las recetas, buscar códigos que no encuentro yo, limitar los turnos, información para mi ejercicio. Por ejemplo, antes había las planillas de laboratorio de alta complejidad, y le digo "ahora no tengo las planillas, fijate María, y trata de conseguirlas".
C16: ¿Cómo las planillas?
C21: Viste con los análisis, que va alta complejidad... Después, sino haces doble trabajo sino.
C16: Y lo de limitar los turnos... ¿cómo es?
C21: "Me voy a tal hora y chau".
C16: Limite al tiempo.

C21: Administración es la puerta de entrada, el centro, todo pasa por ahí.
C3: Todo pasa por ahí.
C24: "¿No me sacarías un turno para?"
C22: "¿Mañana que profesional viene?", y estás en tu casa.
C21: Te dan el bono, "te van a atender a vos. Vos después ¡ah!, anda a retirar el medicamento a Enfermería. Pero me parece, no estoy segura, que tenés que volver a Administración para sacar un bono, para ir a Enfermería".

C16: Se complejizó. En que... ¿Por dónde pasa la dificultad ahora, de trabajo?

C24: Porque, bueno, en realidad, si vos, digamos... Yo siempre hago esta comparación para hablar de las asimetrías que hay de las administrativas del Centro respecto de los administrativos de otro sector. Porque, además, eso lo tenés que cruzar con categoría tres.

C16: Con categoría tres.

C24: Vos ahí... el trabajo administrativo es: mesa de entrada de Hospital, telefonista de Hospital, archivo de Hospital, la gente de epidemiología y estadística del Hospital. Porque las dos cosas porque a veces viene "la planilla de denuncia de parotiditis, ¿dónde está?". "La conoce C2". "Para derivar alta complejidad, ¿dónde está?". Para todo ese circuito que en el office lo hace otra gente más.

C2: Como que, nosotras, cumplimos la función como de diez.

C22: Claro.

C21: Por eso decía, no está mal que la Administración tenga varias funciones para organizar. El tema es que es uno sólo.

C22: Claro a eso me refiero por ahí. A veces, no es tanto la papelería. Sino que, es una sola la que tiene que cubrir un montón de áreas.

C3: Una sola.

C24: Se pide... Cuestiones... Muchas veces, muchas veces, cuestiones de horarios que tiene que ver con personal. "Faltó, no faltó, no vino, ¿cómo no me avisaste que no vino tal?".

C16: Ahí, Ahí, ahí...

C21: Sí, te ponen en funciones que no te corresponden, botón.

C24: Y, por ejemplo, por ahí estaba también lo del compromiso. Yo sé hasta dónde voy a llegar. Entonces, sé con qué me puedo comprometer, y sé con lo que no me puedo comprometer. A veces, me termino haciendo cargo o nos terminamos haciendo cargo de situaciones que con las que nada tenemos que ver, pero con las... pero viendo la situación del paciente, eh... nos comprometemos a veces con cosas que sí... yo te diría que sí, que ya, ya... y... por eso, te digo, depende también la Administración y depende también el compromiso de cada uno.

C3: Y supera tu función.

C24: Yo, sí. Mi función la adoro, soy fanática, me fascina, pero me supera.

C16: Ciertos compromisos, entonces.

C24: Yo, compromisos míos, yo me comprometo, me comprometo... sabiendo lo que estoy haciendo. A mí lo que me mata, es la falta de compromiso de los demás.

C21: La funcionalidad... te desborda.

C16: No quiero poner palabras en tu boca. Pero ¿estás hablando de los pacientes?

C24: De los pacientes, de los compañeros, en general es. Uno termina asumiendo compromisos que no le corresponden y yo, hay veces, que termino desbordada, muy desbordada.

C16: ¿Cuándo decís que no le corresponden?

C2: Ella por ejemplo, redacta recetas.

C16: Ahá.

C21: No tendría que hacerlo.

C16: Y no.

C21: ¿Y por qué te ofreces?

C24: Y porque el médico: "deja que mañana se la hago" y el paciente, con un bastón, de ochenta años vino a buscarla y el médico no se la hizo... y yo me comprometí que el médico, para mañana, se la iba a hacer.

C16: Estamos hablando de conflicto, tensión. Digamos que, la alta demanda, sería ahí el factor... Con ustedes... Es la situación.

C24: Con la multifunción.

(RUIDO Y VOCES SUPERPUESTAS).

C24: Cuando estaba C1, con C1, para el plan NACER, hacemos anticipación. Si tenía una población que estaba nominalizada del Plan, podíamos ver cuando tocaban los controles, si no había venido y hacer captaciones.

C24: Y en Administración del Este, en el tiempo que yo estuve, facturábamos después del Indio Trompa...que es un Centro que tiene baja consulta para lo que se facturaba. Porque, vos, para tratar de no perder todo lo que se hace, se debería hacer... en Ameghino... tendrías que dedicarte a full a eso, y el Promotor a full a eso. Que si te la llevas para el PROSANE, te la llevas para vacunación, te la llevas para no sé qué. No la tenés a la Promotora para vos.

C24: Pero, yo creo, que la parte humana ahí es lo más complejo. Porque yo con C3, que hablo más el tema de que... porque uno considera que le tiene... O sea, si vos al paciente le decís que "no hay turno", no es suficiente, tenés que explicar. En general al explicar uno la pifia, te equivocas en el mensaje... tiene... Lo justifica "está complicada la doctora". No, no está complicada. Tiene una cantidad de turnos, en función de lo que el paciente merece. Del momento de escucha, del momento de registro, y demás, y eso no es porque "está complicada". Eso es, digamos, porque está trabajando como corresponde, a pleno. Por eso nosotros, a veces, explicamos desde un lugar, que a nosotros nos saca el saco digamos. Es "el otro que está complicado". Hay gente que, hay cosas que vos le decís, que no le cierran... "que no hay turno". "¿Cómo que no hay turno?". Bueno, "no, porque la doctora"... "se dan tantos turnos". Y no te entienden.

También, depende los modos eh... porque hay gente que va a las cinco de la tarde, y son muy pocos a los que le decimos "no, no te podemos atender" y rajan la puerta que la matan a la madre. Y, hay gente, que se va conforme cuando vos le decís que no "y bueno" te dicen, "tendré que ir al Hospital". Depende también a veces el modo.

C2: Sí, pero no. Hay gente que no le gusta.

C24: Sí, pero siempre, bueno si es muy urgente, bueno tratamos de que sea atendido y bueno sino le buscamos la solución: "llama a algún otro, llama a otro Centro"... por lo general son pocos los que se van sin soluciones, digamos, pero bueno... ya te digo, desborda. Hay veces que a mí la situación me desborda, ¡me desborda mal!

A ellas les tocó orientar el uso de los servicios ofrecidos en el CAPS, y en cierta medida gestionar la diferencia que existe entre los pedidos o las necesidades de los usuarios, y el menú de ofertas prestacionales que el CAPS y la institucionalidad tiene funcionando.

Su función fundamental fue la de resolver problemas de los usuarios, para lo cual utilizan sofisticados arreglos tecnológicos afectivos y de gestión que las lleva a comunicarse con distintos actores y sectores, tanto al interior como al exterior del CAPS, como también con actores sociales de otras dependencias, municipales y no municipales.

Se visibiliza la captura que las tecnologías de facturación y registro con transmisión de información le hacen a sus procesos de trabajo, que actúan como implicaciones en sus significaciones del cotidiano laboral.

Sus cajas de herramientas son muy sofisticadas:

-con tecnologías blandas, utilizadas en la relación con los usuarios, en la contención, en la gestión creativa de los pedidos, comunicándose con sectores con distintas lógicas a la del cuidado implicado de la salud, relacionando todo el tiempo, las necesidades con las ofertas;

-con tecnologías blandas duras, también en las relaciones, cuyos componentes duros son las restricciones puestas como condiciones por el resto de los actores intervinientes y las normas del funcionamiento institucional. También el conocimiento de la oferta de servicios con la adaptación de los pedidos a dicha oferta;

-con tecnologías duras, de los papeles, registros, computadoras, lapiceras, etc.

Los sentidos éticos políticos de sus cajas de herramientas visibilizados en sus narrativas son mayormente de responsabilización y compromiso con el usuario, con especial significación considerando:

-que participaron administrativas de dos CAPS de alta demanda;

-que perciben que su poli función no es reconocida en su salario (Categoría municipal 3). Cuando comparan sus funciones con una administrativa del Hospital dicen *“hacemos como 10 del hospital”*: mesa de entrada, telefonista, archivos, facturación, cuestiones del personal, etc.;

-que asumen compromisos que requieren el trabajo de otros compañeros del CAPS, y no que siempre son correspondidas;

-el frecuente malestar por no poder cumplir con pedidos de los usuarios;

-las capturas que les producen a sus sentidos cuidadores las normas instituidas, y la situación de subordinación con respecto a los médicos.

b) Trabajo social (C9):

Su caja de herramientas contó con un uso variado de arreglos tecnológicos, principalmente con tecnologías blandas.

Sus sentidos del cuidado intentan ser capturados por reglas institucionales impuestas desde su doble dependencia. En particular, es la Secretaría de Desarrollo Humano (SDH) la que tensiona su caja de herramientas, poniendo restricciones duras, coaccionantes, impidiéndole solicitar ayuda al municipio sin que antes le llegue un “pedido de informe social”. Es decir que no puede actuar de “oficio”, por propia iniciativa, subjetivándola con la imagen

de un simple engranaje de un instrumento mayor, de la gran maquinaria de la ayuda económica que el Estado municipal brinda a los más necesitados.

C9: En realidad yo, durante esta semana... Toda la semana se trabaja interdisciplinariamente, la Trabajadora Social, digo. Mi función... en realidad trabajo con el médico, con el enfermero, con el promotor de salud. Trabajamos en equipo con las administrativas, con Desarrollo Humano y con la Dirección de Salud. Que son, las dos Direcciones de donde nos bajan todas las directivas para lo que es todas visitas, que es lo que ellos consideran que son primordial, que tenemos que hacerlas esta semana. Eso viene, sí o sí, desde Dirección de Salud y de Desarrollo Humano.

C9: Exactamente y dentro de lo que es... yo te nombro Desarrollo Humano, pero el Trabajador Social responde a todas las áreas del Municipio: a Obras Públicas, Legales. Es decir, de Legales te puede llegar que tenés que hacer un informe socio ambiental de la violencia... que viene ampliado desde la Ciudad de Buenos Aires... Porque está viviendo en el área programática de Indio Trompa...

C9: Se puede hacer... en realidad, siempre corresponde que pase por Desarrollo Humano. Por ejemplo, yo lo he hecho pero no lo puedo hacer más, es ir porque viene un vecino y me dice "tenés que ir a ver a Juancito que está en una situación de riesgo"... Yo lo puedo ir a ver... lo que no puedo es hacer un informe si Juancito no pide, verbalmente, en qué situación está. Una carta donde indique en qué situación está al intendente municipal.

C21: ¿Cómo?, ¿cómo?, ¿cómo? ¡Pará, repetí de nuevo eso!

C9: Claro yo no puedo...

C2: ¿No podes actuar de oficio sería?

C22: ¿Cómo?

C9: No puede actuar de oficio, entonces.

C16: Claro.

C9: No.

C2: Técnicamente.

C9: Sí, puedo hacerlo, pero no puedo presentar un informe.

C21: ¿Por? ¿Por qué?

C9: No, porque a mí me tienen que decir a quien tengo que ir a ver.

C21: ¿Quién?

C9: La Dirección de Desarrollo Humano...

C9: No, porque ellos te dan el aval de que si tienen derecho al informe social o no.

SI: Más trabajar a demanda que a...

SI: Claro.

C9: A ver... viene... viene Gaspar y me dice "mira, C9... mira, estoy necesitando materiales para hacer..." pasó así específicamente "Estoy necesitando materiales para una refacción". Bueno, fui, la hice, me presenté..."No, no, no" me dijeron, "vos no podes hacer esto. Si no llega la orden de..."

C16: Desarrollo Humano.

C9: "De Desarrollo Humano. Vos, no podes ir a la casa de Gaspar, y hacer un informe y presentarlo como pedido.

C2: Porque, esa persona, tiene que ir primero a Desarrollo Humano a hablar con...

C24: El intendente...

C9: O hacer una nota al intendente.

C2: Y después, le llega a ella para que ella vaya al...

C16: Claro.

C9: Y, el intendente, decide si se le hace un informe o no.

C9: No, con Salud nunca me pasó...Yo he hecho con Salud, y nunca me pasó. Esto me ha pasado con gente de Desarrollo Humano.

C9: Con Desarrollo Humano.

C2: Con materiales.

C9: Con lo que es Salud, no. Con lo que es Salud, no

C24: Si el equipo hace una intervención de motus propio por el aviso de un vecino... porque justo fueron a buscar una vacuna, y detecta una situación edilicia terrible, ¿por ejemplo?

C9: No se debería.

C24: Pero... Ah, claro... derecho vulnerado....Tendría, como que, dirigirlo disfrazado.

C9: Claro.

C9: Una cosa así, sería.

C24: Si, si....Si no te dice "no, no. ¿Por qué fuiste?, "si los vecinos nunca fueron a reclamar que les arreglemos la casa".

C22: Burocracia bha...

C9: Sí, sí totalmente....La mayoría de las veces tienen acceso al informe social. Yo le explico: "tenés que hacer una notita, tenés que ir".

C21: Sí bueno, pero a veces él, vos lo sabes. Muchas veces, las personas, no saben ni cómo encarar una nota...Y los tenés que ayudar a hacer la nota.

C9: La tenés que hacer vos.

C21: La tenés que hacer vos.

C9: La tenés que hacer vos. Sí, se hace eso, se hace eso, porque hay personas que tampoco saben leer ni escribir, no saben cómo...

C21: Podes saber leer y escribir, pero no redactar una nota...

C21: Es depende de dónde provenga, o qué situación sean...el tipo de... La intervención que vos podes tener, la libertad que vos tenés en hacer la intervención...

C9: A ver...es diferente, cuando te lo pide por ejemplo C20... te dice: "estuve viendo a Juancito, fijate que están necesitando también esto". Bueno, si él lo pide, no hay problema. Porque lo está pidiendo un profesional que es del equipo.

Es decir que desde la SDH se intenta capturar los sentidos cuidadores de C9, centrando la comunicación en "el informe" como unidad productiva, resignificando su finalidad social a la mera función de elaboración de informes.

El informe colocado como finalidad funciona como una "máquina formal subjetivante" que agencia a C9:

a) habituada al pedido de esa elaboración instrumental por parte de las autoridades municipales;

b) no se espanta que le pidan que no reflexione demasiado los casos, que le coaccionen sus posibilidades de praxis social.

En sus narrativas se visualiza un proceso de trabajo con fuertes intentos de capturas institucionales que sin embargo, C9 controla. Haciendo un importante ejercicio de su autogobierno conecta con diversas relaciones, como rizoma va encontrando los sentidos que ella le quiere poner a su trabajo, y desde un territorio de alegría. Es decir que como TVA, inventa posibilidades, con flujos deseantes que siempre recomienzan [‘Principio de ruptura asignificante’ (48)].

Ante las rupturas, obstáculos y capturas de las redes normativas, traza líneas con diferentes estrategias y atajos, para poder hacer el trabajo con los más vulnerables, como ella lo concibe. En este sentido fueron visibilizadas las siguientes acciones y estrategias de C9:

a) la elaboración de una nota dirigida a ella misma, en nombre de los pacientes, solicitando su intervención;

b) la articulación con internación psiquiátrica del hospital, llevando sus procesos de trabajo hasta allí, sin un pedido específico, sin ser siquiera un usuario de su área programática, y confrontando en defensa de la usuaria;

C9: [...] Después, con el Hospital, porque... yo voy a ver a una paciente que está internada, en el pabellón de psiquiatría o en el área de psiquiatría. Y bueno, yo considero o yo considero, que las condiciones mínimas no se le están brindando a esa persona. Como, por ejemplo, no tener una botella de agua fría.

C16: En el Hospital.

C9: En el Hospital. Entonces bueno, no es la primera vez que me pasa esto, que yo voy a ver a alguien en ésta situación y... entonces, esta vez, bajé al Área de Trabajo Social, y dije “a ver, mínimamente llama a los familiares”. Y “le tienen que traer”, pero es una gestión que, ya te digo. El Hospital sí tiene un servicio de Trabajo Social, y lo tienen que saber a eso. Bueno ahí nomás, llamó... Pero bueno, como no era la primera vez, bajé a ver... Veinte días lleva, veinte o veinticinco días lleva internada, una chica, treinta años. No la sacan ni al patio. ¿Por qué no la sacan? ¿Por qué tiene una custodia policial?

C16: Es una persona... perdóname. ¿Es una persona que vos conoces de Ameghino, de tu trabajo de allí o de donde la conoces?

C24: No, del Indio.

C2: Del Indio, es ella.

C16: Ah, perdóname, del Indio.

C9: No la conozco del Indio. Pertenece al área de Ameghino, pero la conozco informalmente.

C24: Es la chica que la esposaron, ¿no?

C9: Sí, sí.

C9: Es un caso de...muy violento.

C24: Tuvo una crisis y la esposaron.

C9: Sí, sí, yo nunca la vi esposada. Porque, obviamente, tenemos un área de Salud Mental para que... Obviamente... porque estas cosas no pueden suceder.

C16: ¿Esto pasó este año?

C24: Ahora.

C9: Sí.

c) otra estrategia que utilizó C9 para evadir los obstáculos de las reglas que la SDH le impone fue cuando le fue proscripto gestionar recursos de ayuda social del “Tren sanitario” del Ministerio de Salud de la Nación. Pues bien, ante el duro obstáculo, C9 articula con la Escuela donde trabaja (también), y materializa pedidos de ayuda que desea hacer;

C9: Por ejemplo, a mí no me dejan trabajar con la gente de Ministerio de Desarrollo de Nación. Los trabajadores que son del Municipio, no pueden trabajar con el tren que llegó... por ejemplo, yo trabajo también en Escuela, por intermedio de la escuela se pudo gestionar para muchas personas. Pero por intermedio de la escuela.

C24: Tercerizás... triangulaste el pedido.

C9: Sí, sí, tal cual, tal cual.

C16: Que terrible, ¿no?

Su caja de herramientas tuvo un sentido cuidador solidario y de beneficencia.

c) Medicina General (C3 y C21):

Su caja de herramientas tuvo características de una biomedicina comprometida con el usuario. Ya se mencionó, cuando se analizaba el lugar del usuario, los agenciamientos de C3 y C21 por el usuario, buena parte de ellos apuntando a símbolos de la biomedicina, como resultados de métodos complementarios, bacteriología, gestión de medicamentos.

Sus narrativas visibilizaban arreglos tecnológicos empáticos, con tecnologías relacionales que las llevaron a hacer visitas domiciliarias y a discutir con otros actores, intentando defender intereses de usuarios.

C3: Y, ponele, vos trabajas en el PRAM, sos Promotor de Salud del PRAM, se te fracturó una vieja, que hace siempre que va, puedes ir a ver en qué situación está. Sí, yo fui y hable con él, y “mira la situación es ésta, está deprimida, o se está deprimiendo porque no va más”, puedes ir hablar con la gente del PRAM (INAUDIBLE). Hace cuatro meses que se fue. Enviudó un viejo o una vieja del PRAM, ¿podes ir a la casa del viudo a visitar el viudo? A ver qué le pasa, o no al viudo sólo, o al revés.

C16: ¿Y vos no fuiste?

C3: Sí.

C16: Fuiste.

C3: Yo, las poquitas veces que he ido...

C21: Yo tengo un caso también de una paciente que perdió la visión por cataratas y ella venía a la escuela, iba a “Trenque Lauquen en Movimiento”. ¡Tenía una serie de actividades infernal! La limitó totalmente que se empezó a deprimir. En todo ese trayecto, yo alguna vez puedo ir a verla pero, a veces, el mismo trabajo de acá por ahí te superaba y no te dejaba tiempo de ir a verla a la casa. ¿Entendés?

Con todo, muestran miradas humanizadas, más amplias que la enfermedad. Cuando construyen las situaciones problemáticas no dejan de imponer lógicas del cuerpo biológico y de la concepción disciplinar del trabajo, y desde allí juzgan a los usuarios y a sus compañeros de trabajo.

Es decir que si bien sus narrativas expresan una caja con mirada biomédica, no se produce una ontologización de la enfermedad, sino que los coloca como sujetos y objetos, como cuerpos biológicos a los cuales hay que cuidar. Los usuarios no fueron tenidos en cuenta como sujetos sociales.

d) Enfermería (C23):

La enfermera conversó con el usuario por el trabajo, y se relacionó por pedidos y compromisos, hablando con otros trabajadores de los CAPS y del hospital. Sin embargo, en sus narrativas se perciben duras capturas administrativas y de sobrecarga laboral, que le impiden un cuidado con acogimiento.

C2: Con C23 o con nosotros o con los médicos, como quieras.

C16: Totalmente.

C2: Haces tanto los papeles como administrativa, pero atendés como los médicos. Hace lo quieras C23 (RISAS). Vení, vení.

C16: ¿Trabajo a tu casa?

C23: Trabajo el fin de semana haciendo... y porque es mucha, mucha atención.

C22: Las vacunas, ¿en cuántas cosas distintas tenés que anotarlas?

C23: Las vacunas en la planilla, el libro de actas, la libreta, la c10, el bono. Es mucho para una sola.

C22: Yo a eso me referí hoy, cuando decía que había mucha burocracia de papeles. Porque Ameghino trabaja muy desbordado de atención, están desbordados los administrativos, están desbordados los médicos y están desbordadas las enfermeras. "No se olvide de pasar por Enfermería"... pasó por Odontología, por Enfermería.

C2: Y el que viene exclusivamente a Enfermería.

C22: Y el que viene exclusivamente a Enfermería, y Enfermería tiene mucha, mucha cantidad de papelerío.

C16: A una curación.

C23: Sí, por ahí, si tenés un consultorio desocupado estas... tenés un paciente en Enfermería, atendiendo un paciente en el otro consultorio. Las enfermeras van y vienen y...

C22: Tienen que tener registro en cinco papeles distintos por una vacuna. Para mí, es mucho papelerío.

C21: Para todos. Lo que pasa es que, bueno, ustedes tienen más cantidad de pacientes.

C23: Por turno pasan entre cuarenta y cincuenta. Por turno.

Su trabajo es intensamente capturado por las tecnologías duras de los registros y los formularios que utilizan para enviar distintas informaciones a diversos sistemas de control (vacunación, facturación, etc.). Tal es así que de forma pragmática abandona su participación en las reuniones de equipo por considerar que no son resolutivas, y participar le atrasa las cosas “del trabajo”.

C23: Yo, a veces, no participo de las reuniones de equipo. Porque, a veces, se hablan cosas y a veces no se solucionan las cosas.

C16: No se solucionan...

C23: Yo prefiero estar en el trabajo, haciendo otras cosas que se me atrasan.

e) Psicología:

La caja de herramientas del psicólogo tiene como tecnologías a la clínica psicoanalítica del trabajo individual (tecnologías blandas duras), pero también aquellas que aplica a nivel grupal en el Programa para adultos mayores (PRAM). El investigador conoce y es amigo del psicólogo participante y es un supuesto pragmático que se trata del único psicólogo “comunitario” que trabaja en los CAPS (son cuatro en total).

Sus narrativas destacan la experiencia de haber trabajado con problemas complejos (psicosociales), y cuando habla, lo hace expresando un territorio existencial *triste*, con un profundo malestar subjetivo que le captura sus sentidos del cuidado.

C20: ¿Puedo agregar una cosa?

C16: Sí, como no.

C20: Lo que me genera tensión es, que lo que se pensó alguna vez como trabajo articulado se perdió. Porque ninguna oficina se hace cargo. Lo que me embola totalmente es que, si yo espero que el Servicio Local actúe, no actúa. Si yo espero que Justicia determine que lo que estoy pensando, si lo que yo opino puede o va a servir. Entonces, en mi historia o en mi intervención, cuando yo... me haces esta pregunta hace tres años o cuatro y te ponía miles de actores. Yo empecé a laburar en soledad, porque dejé de creer en el trabajo articulado, deje de creer en el trabajo articulado con el equipo. Dejé de, en ese sentido, lo que yo pensé que el equipo podía ayudarme a pensar o intervenir, lo dejé de ver, lo dejé de sentir. No porque mis compañeros fueran turros que no colaboran conmigo, sino porque mi compañero empezó a tener otras necesidades, otras prioridades. Porque se las impusieron, no porque la prioridad era lo que el equipo definía que había que hacer. Porque, eso, en algún momento lo fue, que la prioridad fuera el trabajo en equipo, o lo que el equipo iba definiendo en las reuniones de equipo como (INAUDIBLE). La prioridad empezó a ser otra. Entonces, bueno, yo dejé de sentir que me podía anclar en el equipo, en mis compañeros, en mi grupo de trabajo. Por eso, yo me empecé a meter más en el consultorio, y eso para mí, ahora, es una tensión. Porque yo siento el desborde que siente la administrativa, que siente la médica, o que puede sentir la trabajadora social, porque me siento desbordado, porque estoy solo. Como estoy solo, siento cada vez... incluso hasta a veces, me puedo olvidar hasta del nombre de los

pacientes, porque estoy desbordado. Porque ya al otro lo atiendo, lo escucho y como sé que después, sé que hay cosas, que hay cosas que no voy a poder intervenir como yo quisiera, desde lo que yo pienso que es el trabajo en un Centro de Salud Comunitario o trabajo social... como sé que hay un montón de situaciones que se me van a escapar, porque no voy a poder anclar y articular con otras instituciones, o con mis propios compañeros y demás, me quedo, digamos, con una pequeña parte. Entonces, lo que me genera tensión, es ir al laburo y saber que esto poquito puedo hacer. Cuando antes sentía que podía hacer todo esto. Entonces, lamentablemente, yo voy a seguir historizando. Porque ésta foto que ahora siento que hay, hace unos años sentía que la foto era mucho más grande. ¿Cuáles son los componentes?, para mí son los componentes políticos, digamos. Porque si antes se permitía que el Servicio Social hiciera esto, y articulara con este, con este, con este, y con este... ahora, cada uno se caga, digamos. Se queda en su oficinita. ¿Para qué -digamos-, voy a laburar con este, con este, con este?, si está laburando tranquilo en su oficinita. Bueno, y a mí, obviamente, me angustia el laburo social. Ver que la gente sigue estando cada vez peor y que nadie hace nada, digamos. Y que si yo opino en algo, que yo creo que podrían hacer, se cagan en lo que yo opino. Entonces, obviamente, cada vez me voy a recluir en mi consultorio, porque es donde me siento quizá más tranquilo, más confiado; y que sé que trabajando individualmente, por lo menos, el paciente va a captar alguna intervención o va... yo antes sentía, antes sentía, que tenía otro montón de gente afuera y adentro, afuera del Centro de Salud y adentro del Centro de Salud, y ahora siento que eso no lo tengo.

C20: Otra cosa que me pasó... piden para que yo vaya a un taller, en una escuela, y después me dicen, de la misma escuela me dijeron, que "con vos no podemos hacer talleres". Entonces sentirte prohibido, también es muy jodido.

C24: O "hablas muy lindo, la idea está muy buena... vos ocupate de esto, que de esto, se va a ocupar tal".

C16: Quien corresponde.

C24: Claro.

C16: Eso es una idea burocrática.

C20: Es una mirada política... tienen una mirada distinta de lo que se hace, unos años atrás. Es política porque, si los profesionales se sienten trabajar solos, las Dirección de Salud se acaba de dar cuenta después de no sé cuántos años ahora, que no conoce de la problemática del abuelo de enfrente de cada Centro de Salud. Es porque hasta ahora, hasta hoy, tuvo una mirada distinta.

C20 es uno de los trabajadores que se desempeña en su tarea desde el año 2008, con implicaciones subjetivas que se manifiestan en sus percepciones de cambio histórico regresivo en sus modalidades de atención, con pérdida de trabajo en equipo y con procesos actualizados en una atención mucho más individual y disciplinar, sintiéndose solo en el trabajo, sin apoyo de otros sectores, ni de sus compañeros.

f) Promoción de la Salud (C1):

Su caja de herramientas estuvo compuesta principalmente por tecnologías blandas duras utilizadas en actividades grupales semanales programadas, pedidos de matrículas en los jardines por vacunaciones por el PROSANE, y las visitas domiciliarias con el fin de solicitar la concurrencia de algún usuario al CAPS, principalmente por motivos programáticos de la institución.

La C1 trabaja desde la creación de la DSC en 2008.

C1: Yo, como promotora de Salud esta semana particularmente tuve actividades en los jardines, con pedidos de matrícula total de alumnos, para controlar campañas de vacunas.

(SILENCIO).

C1: Después, con la Dirección también estuvimos conversando, con la directora... Estoy más abocada a lo que es, hoy por hoy, programa de actividades, programa PROSANE en las escuelas, controles de chicos.

Más que nada, consejería, no es taller lo que yo doy, sino que consejería a los chicos en lavado de manos y eso...y, bueno, otras actividades con los adultos mayores, también.

C16: ¿Adultos mayores, llamas al PRAM?

C1: Sí, actividad el PRAM.

C1: Con el equipo y con las mismas personas, que ellos también necesitan que... o sea te comentan algún problema.

C1: Eh... con los profes de Educación Física... ya para programar actividades para el verano... Y seguimos con actividad... (RISAS). Son ellos los que convocan ¿no? No es uno, que se ofrece.

C24: Cuando estaba C1, con C1, para el plan NACER, hacemos anticipación. Si tenía una población que estaba nominalizada del Plan, podíamos ver cuando tocaban los controles, si no había venido y hacer captaciones.

C24: Y en Administración del Este, en el tiempo que yo estuve, facturábamos después del Indio Trompa... que es un Centro que tiene baja consulta para lo que se facturaba. Porque, vos, para tratar de no perder todo lo que se hace, se debería hacer...en Ameghino... tendrías que dedicarte a full a eso, y el Promotor a full a eso. Que si te la llevas para el PROSANE, te la llevas para vacunación, te la llevas para no sé qué. No la tenés a la Promotora para vos.

C21: Están en esa. A ver, acá C1, hace gimnasia con la gente que no me parece mal que comparta, ojo pero hace gimnasia con la gente de 'Trenque Lauquen Movimiento', va al PRAM, está en el PROSANE...

C3: ¡Están en todo!

C21: A veces maneja con el tema de vacunación, de asentar vacunación y de... El otro día estaba haciendo las planillas del mes de vacunación, del registro por el sistema. Entonces, es como que tienen tareas administrativas a veces, es tienen una parte de tarea como administrativa, y a veces otra que es que con la gente pero que en espacios cerrados, no es en la calle. Es en grupos formados, en programas.

C16: Como el PRAM.

C21: Como el PRAM. Es en grupos formados. O sea, ya está el grupo formado. No es que salen a buscar, salen a ver, salen a indagar ¿entendés?

C21: O sea, trabajan con la gente, pero en grupos formados. Por ejemplo, en 'Trenque Lauquen en Movimiento', vienen y participan. En PRAM van y participan, no sé qué harán porque yo no voy. En el PROSANE sí participo,

*veo que es lo que hacen, que hacen actividades de juego con los chicos. Después, dependen como se organicen algunos, miden, pesan, y le toman la audición, ehhhh... la visión. O sea, que colaboran con el PROSANE. Pero es en programas o grupos establecidos.
C3: O en eventos.*

Las tecnologías blandas y los sentidos del trabajo son capturados por redes jerárquicas y normativas, como solicitudes e indicaciones de la DSC.

Sus diversas actividades con varios programas estables, y los pedidos específicos de la DSC la agencian con *afecciones tristes*, llevándola (desganada), muy lejos de un territorio interdisciplinario, de territorialidad y de clínica familiar domiciliaria, territorio existencial que supo habitar (supuesto histórico y pragmático del investigador).

Sus tecnologías duras también ocupan buena parte de su proceso de trabajo, son los instrumentos y procedimientos programáticos, sus tareas administrativas, de registro y de transmisión de información.

10.5.4. Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

Para analizar esta variable retornamos a la Figura 2: “La red de petición y compromisos”. Allí las conversaciones realizadas en la última semana nos orientan sobre los encuentros del trabajo. Hay dos actores de la red que no están presentes en el taller y cabe analizarlos antes de avanzar con los encuentros del trabajo.

1. Los usuarios: las relaciones con los usuarios quedaron en un segundo plano, excepto para enfermería y administración. Dicho de otro modo, la mayor parte de los trabajadores no reconoció a los usuarios como actores con los que tuvieron que conversar por el trabajo.

2. La Directora de Salud Comunitaria: ha intervenido en esa semana en conversaciones con las administrativas, con la promotora de salud y con la trabajadora social, y desde esos roles ejerció su influencia. Esos tres actores son los más importantes productores de información, cuestión que sugiere -para esa semana-, una gestión relativamente administrativa de la DSC.

a) Administrativas (C2, C22, C24):

Aparecen como el centro principal por donde pasó la red de conversaciones del trabajo, con una gran cantidad de encuentros del trabajo (vinculándose con todos).

Sus roles en la organización del trabajo del CAPS le asigna una función articuladora fundamental:

-entre los pedidos de los usuarios y los servicios prestados por los trabajadores del CAPS;

-entre algunas necesidades e intereses de la Dirección de Salud Comunitaria y la de los trabajadores;

-entre las necesidades de funcionamiento del interior del CAPS y el exterior, mediante la articulación con otras dependencias y sectores (Hospital Orellana por distintas prestaciones hospitalarias, etc.).

En este remolino de relaciones diversas tienen encuentros de los más variados, con intercesiones con usuarios, trabajadores del CAPS y la DSC. Así, el trabajo cuenta con múltiples *afecciones* de un cotidiano que no deja de acontecerles.

Los usuarios fueron los actores que más resonancia les produjeron: atendiendo pedidos, resolviendo problemas y comprometiéndose con ellos. Las afecciones más intensas estuvieron relacionadas con la dificultad de resolver las demandas de consultas que son rechazadas por falta de turnos. Los segundos fueron los médicos, muy anclado en sus representaciones hegemónicas (coerción con consenso), llegan a ser encuentros muy demandantes y con un ejercicio del poder sobre el usuario en el que las administrativas offician de intermediarias de los profesionales. En esta situación se visibiliza una subordinación de administración y usuario al “poder médico”.

C24: Ah, como ser por ahí consultar sobre algún paciente.

C16: Ah, bien.

C2: “No los sobrecarguemos de turnos”.

C24: “Que no los sobrecarguemos de tareas...”.

C16: Ah, bien, bueno...

SI: No sobrecargar de tarea.

C22: ¿Qué nos piden? Eh... no ser... recargados, de tarea, es verdad.

C22: “Que no los sobrecarguemos” no sólo es una tarea, es una responsabilidad ¡che!

C24: ¿Se lo pongo así?

C2: Y sí.

C22: “Que respetemos los horarios”.

C24: No, dijo Pablo, “la realidad”. La realidad es que colgaron.

C2: No, “que le respetemos los horarios de ellos”.

C24: De ellos.

SI: Para irse...

C24: Para irse.

C16: Para irse.

C24: Claro.

C2: *Para llegar tarde o para irse temprano...*

C24: *"Que le tenga el mate preparado".*

C23: *"Que le tenga el mate preparado".*

C22: *"Que le tenga el mate preparado"*

(RISAS)

C24: *Y, por ejemplo, por ahí estaba también lo del compromiso. Yo sé hasta dónde voy a llegar. Entonces, sé con qué me puedo comprometer, y sé con lo que no me puedo comprometer. A veces, me termino haciendo cargo o nos terminamos haciendo cargo de situaciones que con las que nada tenemos que ver, pero con las... pero viendo la situación del paciente, eh... nos comprometemos a veces con cosas que sí... Yo te diría que sí, que ya, ya... y... por eso, te digo, depende también la Administración y depende también el compromiso de cada uno.*

C3: *Y supera tu función.*

C24: *Yo, sí. Mi función la adoro, soy fanática, me fascina, pero me supera.*

C16: *Ciertos compromisos, entonces.*

C24: *Yo, compromisos míos, yo me comprometo, me comprometo... sabiendo lo que estoy haciendo. A mí lo que me mata, es la falta de compromiso de los demás.*

C21: *La funcionalidad... te desborda.*

C24: *De los pacientes, de los compañeros, en general es. Uno termina asumiendo compromisos que no le corresponden y yo, hay veces, que termino desbordada, muy desbordada.*

C16: *¿Cuándo decís que no le corresponden?*

C2: *Ella por ejemplo redacta recetas.*

C16: *Ahá.*

C21: *No tendría que hacerlo.*

C16: *Y no.*

C21: *¿Y por qué te ofreces?*

C24: *Y porque el médico "deja que mañana se la hago" y el paciente, con un bastón, de ochenta años vino a buscarla y el médico no se la hizo... y yo me comprometí que el médico, para mañana, se la iba a hacer.*

C16: *La hiperdemanda. O sea, está alta demanda por multifunción, pero digo... ¿esto como toca las relaciones?*

C24: *A veces, a veces, no siempre, a veces genera choque entre compañeros. Después se pasa, pero los momentos están.*

C22: *Desborda.*

C24: *Y más que nada que a nosotros por ejemplo a mí siempre me toca poner la cara y hacerme cargo de la situación del otro. O de porque no quiso, o de porque no tiene ganas, o porque lo citó para las tres y media, y a las tres y media no tiene ganas de atenderlo, y "que venga el mes que viene".*

C24: *Pero, yo creo, que la parte humana ahí es lo más complejo. Porque yo con C3, que hablo más el tema de que... porque uno considera que le tiene... O sea, si vos al paciente le decís que "no hay turno", no es suficiente, tenés que explicar. En general al explicar uno la pifia, te equivocas en el mensaje... tiene... Lo justifica "está complicada la doctora". No, no está complicada. Tiene una cantidad de turnos, en función de lo que el paciente merece. Del momento de escucha, del momento de registro, y demás, y eso no es porque "está complicada". Eso es, digamos, porque está trabajando como corresponde, a pleno. Por eso nosotros, a veces, explicamos desde un lugar, que a nosotros nos saca el saco digamos. Es "el otro que está complicado". Hay gente que, hay cosas que vos le decís, que no le cierran... "que no hay*

turno". "¿Cómo que no hay turno?". Bueno, "no, porque la doctora"... "se dan tantos turnos". Y no te entienden.

También, depende los modos eh... Porque hay gente que va a las cinco de la tarde, y son muy pocos a los que le decimos "no, no te podemos atender" y rajan la puerta que la matan a la madre. Y, hay gente, que se va conforme cuando vos le decís que no "y bueno" te dicen, "tendré que ir al Hospital". Depende también a veces el modo.

C2: Sí, pero no. Hay gente que no le gusta.

C24: Sí, pero siempre, bueno si es muy urgente, bueno tratamos de que sea atendido y bueno sino le buscamos la solución: "llama a algún otro, llama a otro Centro"... por lo general son pocos los que se van sin soluciones, digamos, pero bueno... Ya te digo, desborda. Hay veces que a mí la situación me desborda, ¡me desborda mal!

C9: El tema es cuando el paciente, la gente... que no hay más turnos. Sale el médico y ahí en el pasillo se lo cruza y "atendeme".

C24: Eso también hace ruido...

C9: Bueno pero también pasa que sale un médico y se tiene que encontrar con que le tiene que responder a un paciente.

C9: Una cosa es cuando el paciente dice "¡no!, me tiene que atender". "Me tiene que atender, ¡no!" Me tienen que dar un turno viste...

C2: Y el médico queda en el medio.

C9: Pero, están esos pacientes que vos, le decís que no y esperan en el pasillo y está el paciente que vos le preguntás al doctor, y el doctor te dice "no, decile que no" y entonces vos decís "no, dijo que no, que hoy no va a poder". Entonces, sale el doctor y le dice al paciente "sí, vení que te atiendo". Entonces, quedas vos como una guacha. Entonces, hay situaciones que decís, "entonces ¿qué hago?, ¿para qué estoy acá?, ¿qué función cumplo?". Porque yo me desvivo, realmente, me desvivo con el laburo que hago. Y hay días que digo, "no vengo más". No vengo más porque, de verdad, que ya no sabes cómo manejarlo. Vos salís con el médico por más que le rogás y le imploras, te dice "no. Decile que no porque no lo atiendo" y decís que "no, mira, el doctor me dijo que no, vení mañana" y él le dice "Sí, ¡vení!, ¿cómo no te voy a atender?"... entonces...

C9: Yo entiendo que, a veces, el administrativo se desborda ante la demanda del médico que: "sácame tal historia, mándame a pedir esto..." y el otro que "sí", que "no".

C9: Una persona terminó mal, llorando. No era tan grave lo que le estaba pasando, pero estaba tan vulnerable que, lo que le estaba pasando, por una situación que terminó y "Pará, pará. No es que no te va a atender. Pero pasa que hoy se complicó, pero a la una viene otra vez..." Pero, ni si quiera la pudo atender, era la primera vez que iba.

Reconocen que "lo que menos hacemos es con papeles", y sí "dando soluciones o resolviendo, relacionando todo el tiempo". "Lo más complejo es la relación, sino no hay turno hay que explicarlo".

Según el modo como se digan las cosas es como responde la gente, "son pocos los que se van sin soluciones o de un portazo". En este plano figuró un encuentro triste de un usuario que concurría por primera vez al CAPS con una administrativa, que por falta de turno para su atención le produce angustia hasta "hacerlo llorar", teniendo que intervenir la trabajadora social a contener la situación.

Qué pedidos reciben:

-los profesionales médicos les pidieron limitar los turnos, que no los sobrecarguemos para poder terminar en la hora (*"no me pongas turnos y ¡chau!"*), que hicieran orden en la sala de espera, información sobre el paciente, Historias Clínicas, materiales de librería, que conozcan de pautas de alarma para la rápida atención;

-los pacientes les pidieron rapidez en la atención (*¡ya, ya!*), realización de trámites, y también contención (el "oído"). En este punto se percibe satisfacción por ese trabajo de la administrativa C22, de apoyo a la administrativa que está en la atención directa al usuario, *"a veces no te piden verbalmente, pero si te piden el oído. Eso está bueno."*

"Nos piden tantas cosas que nos sobrecargamos, lo que damos, no nos alcanza la hoja", haciendo referencia a la consigna del taller de realizar un listado de los pedidos.

Qué pedidos hacen:

-a los usuarios: paciencia, tolerancia, orden en la sala de espera, esto último relacionado con un pedido de los profesionales médicos que les piden silencio para poder trabajar;

-a los profesionales les pidieron *"si tienen algún lugarcito para un paciente"*, *"C24: Por eso, nosotros le pedimos... a ellos colaboración y ellos a nosotros también"*, les pedimos que hagan recetas.

Por donde pasan los malestares y tensiones del trabajo:

Los malestares de administración pasan por una alta demanda que a veces supera al trabajador hasta la angustia, lamentando estar solos en la tarea. Refieren que el trabajo ha ido aumentando, alguien compara las tareas de una administrativa del CAPS en relación al Hospital: ocupa roles de mesa de entrada, telefonista, estadística, epidemiología, archivos, quien lleva las Historias Clínicas, cuestiones de personal, *"la administrativa de un CAPS hace como diez del Hospital"*, *"y categoría 3"*.

Esta alta demanda con multifunción,

C16: La hiperdemanda. O sea, está alta demanda por multifunción, pero digo... ¿esto como toca las relaciones?

C24: A veces, a veces, no siempre, a veces genera choque entre compañeros. Después se pasa, pero los momentos están.

C22: Desborda.

C24: Y más que nada que a nosotros- por ejemplo a mí- siempre me toca poner la cara y hacerme cargo de la situación del otro. O de porque no quiso,

o de porque no tiene ganas, o porque lo citó para las tres y media, y a las tres y media no tiene ganas de atenderlo, y "que venga el mes que viene".

[...]

C24: De los pacientes, de los compañeros, en general es. Uno termina asumiendo compromisos que no le corresponden y yo, hay veces, que termino desbordada, muy desbordada.

También hay dificultades de comunicación con el médico, que le dice algo en relación a los pacientes que solicitan atención (que no tiene más turnos) y luego el médico ante el paciente rompe lo acordado (la contradice ante el paciente), y "*quedamos mal parados con el paciente*". (Alta tensión)

Los encuentros intercesores más importantes fueron con usuarios y médicos.

b) Medicina General (C3, C21 y C16):

Surge un acontecimiento para C3 cuando la médica descubre que se olvidó del paciente (lo mismo el psicólogo, aunque este aceptó el hecho), refiere que "*trabajo para el paciente*", que no lo puso porque "*era una obviedad*".

La consigna fue:

C16: Entonces, la propuesta, en este momento es... una... un taller que se llama "La Red de pedidos y responsabilidades". La idea es poder visualizarnos a nosotros en el trabajo... y entonces el primer punto sería que ustedes, todos nosotros, yo igual que ustedes, hagamos un listado de ¿con quienes tengo que conversar para poder hacer el trabajo? O sea, para trabajar, ¿con quienes tuve que conversar? Una semana si quieren de referencia. Una semana, para poder visualizar un poquito más de lo de hoy, ¿sí? Entonces... ese es, un poco, el primer paso.

C2: ¿Hoy?

C16: Hoy, una semana si quieren, eh... Vamos a poner una semana para poder visualizar un poquito más de lo de hoy, mmm... ¿sí? Entonces... ese es, un poco, el primer paso.

C3: Ah... ¿escribirlo?

C16: Escribir un listado de... ¿con qué actores tuve que comunicarme para poder hacer el trabajo?

C16: Si quieren hacerlo en grupo, también. Si hay, por ejemplo, administrativas se pueden reunir... O sea, en definitiva, estamos haciendo una red que los ubica a ustedes en el centro.

Las narrativas de C3:

C3: Consigna... Vamos armar una red del trabajo, yo no pienso... o sea, los pacientes, son de todos los días. La red de trabajo son: mis compañeros de trabajo, mis jefe, y son los empleados. Yo, a los pacientes, los tengo todos los días. Van, vienen, están, no están. Pero no lo considero parte de mi red

de... de la red de trabajo. No tiene nada que ver... no los pongo porque "ah...no los considero. Porque no hablo con ellos, no hago una red con los pacientes, soy una...". O sea, la consigna era, ¿con quién charlo para conseguir algo para el paciente?, yo lo tomé así... porque yo estoy laburando para el paciente. Si yo hablo con gente del trabajo, es para esa persona. La consigna fue esa.

C16: La consigna no era esa.

C22: No era esa.

C3: Vos dijiste eso.

C16: La consigna era ¿con quiénes yo tuve que conversar en esta semana...?

C3: Para lograr algo...

C16: No, no, por trabajo.

C3: Por el trabajo.

C24: Claro... Por tu tarea.

C3: (INAUDIBLE) para conseguir por mi trabajo, o sea ¿cuál es mi trabajo?: es atender a la gente, o trabajar con la gente. Para conseguir algo por trabajo, por mi trabajo, por el trabajo, para tratar un paciente, hablo con el resto de los compañeros.

C24: Te fuiste a doscientas veinte revoluciones.

(RISAS)

C3: ¿Cómo no voy a hablar con un paciente?, entonces soy muda... pero, me parece que, está implícito que hablo... puedo no hablar con un psicólogo, por ejemplo, que de hecho no hablé esta semana. Pero, con el paciente, hablo todo el tiempo... ¿sino para que estoy? Me parece, que es una pregunta que esté implícita en el trabajo... es como que vos digas...

C20: Vos decís que no hablaste con el psicólogo, pero hablaste conmigo en la reunión de equipo.

C3: Pero no fue para pedirte nada. Fue para estar ahí...

C20: Sí. Porque hablamos de... sí, de un paciente.

C3: Igual no fue por nada... era para estar ahí, y nada más.

C20: Pero hablamos del caso.

C3: Es como si vos dijeras "hablé con la Justicia. Esta semana, hablé con los pacientes". A eso me refiero.

C20: Pero necesitas hablar, con los pacientes, para trabajar con los pacientes.

C3: Claro. Pero es como que dijeras... decís... pero... ¿dirías "necesito hablarte porque soy psicólogo"?

C20: Y sí, necesito hablar.

C3: ¿Vos concebís algún psicólogo que no hable con los pacientes? ¿O algún médico que no hable con los pacientes?

C20: Sí, porque para mi trabajo, yo considero que si no tengo a los pacientes, no puedo trabajar.

C3: Por eso mismo... a lo que voy es, que me parece, que está mal hecha la consigna... Es obvio, está implícito, que yo voy a hablar con la gente... que voy a entender, sí. Es una pavada. Ponele sí, yo hablo con mis pacientes, sino van a decir, "a esta boluda, no le importan los pacientes".

C16: No.

C3: ¿Entendés?

C16: Nadie dijo eso.

C16: Está bien

C3: Estoy hablando que la consigna para mí no fue clara.

(RISAS)

SI: Tu señora no te entiende.

SI: Tu señora no te entiende.

C16: Voy a tener que aclarar que sos mi compañera de ruta... Eh, como es... La consigna, yo aclare inclusive, que no vale la tomada de mate, no es trabajo eso. Pero, bueno, igual está bien... no estamos diciendo nada de vos...

Reconocen (mos) realizar actividades casi exclusivamente en consultorio, sin actividad comunitaria y con una atención eminentemente biomédica, que también se constata por las conexiones en la red de relaciones graficada: con farmacia, con bacteriología, con el móvil que comunica los CAPS con otros sectores institucionales (que lleva muestras de los CAPS y trae resultados de estudios de distintas fuentes). Las narrativas de C3 y C21 revelan a dos trabajadoras comprometidas con mucho más que con las enfermedades de sus pacientes, incorporando sentidos de cuidado integral. Aun así, C3 es un “caso” de una trabajadora en la que sus procesos de trabajo son muy diferentes a los que producía antes de los acontecimientos del 2010. Su territorio tiene mucho de queja y juzgamiento de otros compañeros.

C21: He ido al Hospital a visitar a pacientes... Eso es lo que yo considero, si yo tengo un paciente mío... bah... mío no, pero un paciente que confía en mí y está internado por alguna situación, porque me ha pasado, ¿sabes?... y bueno, yo lo he ido a visitar en el momento que he podido... No te digo “voy a ir a tal hora”, por ahí he ido a las once de la noche para charlar y ver la historia. O preguntarle al médico que lo ha asistido, a ver qué ha pasado. Pero es compromiso mío, mío, pero con el paciente... Porque pacientes jóvenes me han llamado diciéndome “estoy con la nena internada”.

C3: Pero no es por trabajo.

C21: No.

C3: No se te va a pagar por eso.

C21: No, no, olvidate. Tampoco lo hago por eso...

C3: El conflicto mío es... mi trabajo es bastante, puramente biomédico. Más allá que hay reuniones de equipo, más allá. Pero las reuniones de equipos, que están medio camufladas o disfrazadas para hacer -perdón, eh, los que estén, para rendir cuenta a determinadas...-. Que se hacen reuniones de equipo y consten en el acta, que se hacen reuniones de equipo. No se trabaja con Promotores, yo no trabajo con Promotor de Salud, no trabajo con Promotor de Salud. Directamente me dirijo a la Trabajadora Social. Cuando está porque, creo, que te veo dos veces por semana por ahí, ¿no? También de ahí salir para afuera, con Promotor o no, tengo poca conexión. Por eso no tengo relación. Tengo relación con C9 por ejemplo. Pero justo esta semana no la vi, y no es que no me trato, porque yo me conecto con ella siempre, pero esta semana justo no conectamos. Pero si me tengo que conectar mejor por alguna situación que exceda el consultorio, me conecto con ella.

Promotor de Salud no, para mí no hay en los Centros de Salud, o no hace de tal, digamos. Esteee... Y por experiencias previas, ante pedido de tal y tal cosa que fueron negativas... Así que ya cuento directamente con C9. Y todo... Para mí, el lugar de conflicto es que todo lo que se hace, todo, incluso la asistencia fuera de consultorio, todo, es para adentro ¿no? O sea, más allá del trabajo constante del Trabajador Social, no puede ser. Es raro ya, a esta altura, que el Trabajadora Social este atrás de un escritorio. Se cae de maduro que ya, que tiene que estar afuera. Más allá que eso ya está explícito, implícito, es parte de su trabajo estar afuera. Otra cosa afuera no se hace.

Hago visitas domiciliarias, cada tanto, dos veces por mes. Una sola. En realidad, la visita domiciliar, consiste en ir a ver una enfermedad puntual, tampoco no es una cuestión social ni de acompañamiento. Sigue siendo biomédico por más que vaya.

Mi punto de conflicto es, que la atención de equipo, es biomédica. Incluso, lo que se hace de lo social, también es biomédico. Ese es mi punto de conflicto si se quiere. Porque lo administrativo con lo de los turnos, por más que sea conflictivo, como veo que existe, me parece que... Y bastante bien se trabaja con las administrativas.

C16: *Lo biomédico, lo decidís vos...*

C3: *Sí, ya se.*

C16: *¿No?*

C3: *Sí.*

C22: *No los critico, porque no estoy dentro... que repercusión tiene, si es buena, si es mala... Y no por no querer acercarme, por decisión propia, no he estado participando de estas cosas. No es que los critique. Sí, también noto, que hasta ahora no se salía a la calle. Yo fui incluida porque me citaron "que también tengo que salir a la calle".*

C3: *¿Se citan a los Promotores de Salud para que salgan a la calle!*

SI: *Sí.*

C22: *Tres horas por semana...*

C3: *Tres horas por semana, o sea...*

SI: *Tres horas por semana, o sea...*

C3: *¿Por qué digo que mi trabajo es solo biomédico? Porque el trabajo de una sola persona, si estás sola, es biomédico. Lo siento mucho, le pondré la cuestión humana, lo social, llamare a los psicólogos, te preguntaré, hablaré pero sigue siendo biomédico. Porque yo voy sola a visitar a ese viejo. Y ¿qué voy a ver?, voy a ver que se cayó y se fracturó una costilla. "Ah, sí muy linda la casa, como andas Cata". Sí hago una visita social, pero el laburo es biomédico.*

C16: *Y ¿por qué los Promotores no salen a la calle? Bah, no todos, porque...*

C21: *Porque tienen otras tareas, porque...*

C3: *Claro.*

C21: *Están en esa. A ver, acá C1, hace gimnasia con la gente que no me parece mal que comparta, ojo pero hace gimnasia con la gente de 'Trenque Lauquen Movimiento', va al PRAM, está en el PROSANE.*

C3: *¡Están en todo!*

C21: *A veces maneja con el tema de vacunación, de asentar vacunación y de... El otro día estaba haciendo las planillas del mes de vacunación, del registro por el sistema. Entonces, es como que tienen tareas administrativas. A veces, tienen una parte de tarea como administrativa, y a veces otra que es que con la gente pero que en espacios cerrados, no es en la calle. Es en grupos formados, en programas.*

C16: *Como el PRAM.*

C21: *Como el PRAM. Es en grupos formados. O sea, ya está el grupo formado. No es que salen a buscar, salen a ver, salen a indagar ¿entendés?*

C21: *O sea, trabajan con la gente, pero en grupos formados. Por ejemplo, en 'Trenque Lauquen en Movimiento', vienen y participan. En PRAM van y participan, no sé qué harán porque yo no voy. En el PROSANE sí participo, veo que es lo que hacen, que hacen actividades de juego con los chicos. Después, dependen como se organicen algunos, miden, pesan, y le toman la audición, eh... la visión. O sea, que colaboran con el PROSANE. Pero es en programas o grupos establecidos.*

C3: *O en eventos.*

C21: O eventos... Pero no es que es lo menos. Lo menos es, por ejemplo, salir a ver a un paciente que hace mucho que no viene a 'Trenque Lauquen en Movimiento'. Por ejemplo, que yo sí hice un caso de ese tipo...

C3: Vos tenés, ponele, grupos que trabajan con, ponele, con viejos. Vos tenés a Catalina. Catalina es la fundadora de Trenque Lauquen en Movimiento habla, propone, arma... y se rompió la costilla. ¿Fue el Promotor de Salud?, que incluso participa en el grupo de los viejos, ¿fue a verla a catalina, a verla, a seguirla? ¿Fue a verla a Gladys que se fracturó la pierna y está deprimida? Yo hice un pedido al PRAM, para ver si la podían ir a buscar, encontrar alguna forma ¿entendés? si la podían ir a buscar, alguna forma de acercarla... No está el Promotor ahí. Es más cuando le dije que tenía que darle (INAUDIBLE) "Ah bueno, pero si es inyección se la puede ir a poner al Anexo" y fue, ella, un par de veces... pero, bueno, ella puede venir pero, ¿no pueden mandar a alguien? Digamos, vos tenés, gente formada para trabajar en la calle, que está trabajando en estos grupos cerrados de adentro, que incluso... Yo digo, en esos grupos tienen que hacer de Promotores y no laburan de Promotores, ni en el PRAM. A eso voy, a eso voy digamos, el Promotor del PRAM, ¿quiénes?

C3: Y, ponele, vos trabajas en el PRAM, sos Promotor de Salud del PRAM, se te fracturó una vieja, que hace siempre que va, podés ir a ver en qué situación está. Sí, yo fui y hable con él, y" mira la situación es ésta, está deprimida, o se está deprimiendo porque no va más" podés ir hablar con la gente del PRAM (INAUDIBLE). Hace cuatro meses que se fue. Enviudó un viejo o una vieja del PRAM, ¿podés ir a la casa del viudo a visitar el viudo? A ver qué le pasa, o no al viudo sólo, o al revés.

C16: ¿Y vos no fuiste?

C3: Sí.

C16: Fuiste.

C3: Yo, las poquitas veces que he ido...

C21: Yo tengo un caso también de una paciente que perdió la visión por cataratas y ella venía a la escuela, iba a 'Trenque Lauquen en Movimiento'. ¡Tenía una serie de actividades infernal! La limitó totalmente que se empezó a deprimir. En todo ese trayecto, yo alguna vez puedo ir a verla pero, a veces, el mismo trabajo de acá por ahí te superaba y no te dejaba tiempo de ir a verla a la casa. ¿Entendés?

C16: Eso le pasa al Promotor parece ¿no?

S1: Sí.

C3: Para mí no es tarea del Promotor. Ni le estoy dando al Promotor ¿Por qué está el Promotor así? "encárgate de la captación del niño sano por nacer, encárgate de PROSANE, encárgate de la vacunación", de no sé cuánto.

C16: Yo quiero decir algo para aportar, antes que se vaya C9, respecto a mí, respecto a mí. Yo también tengo una asistencia biomédica, yo también estoy metido adentro del consultorio. Entonces, tengo una visión... Y eso es lo que yo interpreto, que es una cuestión defensiva por las condiciones en que a uno le toca trabajar. Entonces, yo, al estar adentro del consultorio, es un lugar como de inmunidad. Uno está adentro del consultorio, y está en un territorio propio, que nadie se puede meter ahí adentro. Entonces, las reglas, el contexto, todo lo adverso. De alguna forma, yo creo que en mi caso, fue una reacción después de que me echaron, que nos echaron. Como una secuela de eso. Yo interpreto... en mí en mi trabajo. Y también quiero contar que, desde que yo estoy trabajando con este proy... con esta investigación, que he cambiado algo. Como que me ha servido pensar, y hoy no estoy tan bloqueado como estaba antes. Que antes no quería directamente, capaz de no hacer algo si llegaba a beneficiar a quien identificaba como el anta..., el

oponente, que era la directora, la Dirección. Les cuento esto, yo también, quiero participar junto con todos ustedes. Y bueno, también comparto un poco la lectura de todos ustedes. Esto que ustedes contaron, de alguna forma es lo que yo describí como problemas, digamos. Entonces, la idea, es avanzar sobre esto, a ver cómo podemos...

C21: Mi tensión, es aparte de lo que vos decís del encierro, que uno... hace... se auto aísla... eh. Lo que me ha pasado, en esta semana, ¿no? Sí es la relación, por ejemplo, con la guardería que esta acá. Nubecitas se llama me parece, Nubecitas, ¿no? Porque, bueno, tenemos determinados por ahí pacientes, o chicos, con la escuela N°48 con alguna problemática social; y yo lo que veo es que persiguen a esas mamás, o a esas familias y eso lo charlamos con las...

C16: ¿Quiénes persiguen?

C21: La escuela.

C16: La escuela.

C21: La escuela, la maestra, te vienen y te piden que vos pongas el diagnóstico, si puede ir, sino puede irse, que se yo.

C16: ¿La escuela es Provincial?

C21: No, la guardería.

C16: ¡No!, la guardería es municipal.

C21: Sí, por escabiosis, porque por ahí el nene esta obeso, o tiene diarrea porque hay una problemática familiar especial. Entonces, siempre todas las semanas, o dos veces por semana venía que le haga un certificado porque tiene diarrea. Entonces, "haceme un certificado y haceme el diagnostico". Y más que la maestra le dice "¡no! Lleva al nene al pediatra, lleva al nene a tal pediatra", no a un pediatra, "a tal pediatra, no a cualquiera. Porque esa médica no sabe". Igual, me lo transmitió la Trabajadora Social de qué manera lo dijo, la madre lo interpretó de otra manera. Yo a la madre le dije "al pediatra que vos me decís, yo llevo a mi hijo. Llévelo, hace la consulta, está todo bien". Pero vienen con una exigencia "como...". Y después me entero, que después de la reunión, la Trabajadora Social, le dice: "pará, vos estas transfiriendo. Pará ¿qué te vas a llevar el pibe a la casa?". "Y si, a uno me lo llevé", y bueno hacete analizar. Eso a mí me genera tensión. Y el otro día, también, me pelee con la directora también por una situación de una familia. Porque quería un certificado, que diga "tal cosa y tal cosa". Quería que le dijera que si se contagiaba o no. Le digo: "una vez que hace el tratamiento ya está, por más que...".

Sus narrativas visibilizan pensamientos y acciones comprometidas con los usuarios, sumadas a las gestiones telefónicas que realizan personalmente, para sus atenciones y también en las visitas realizadas a pacientes fuera del CAPS (en domicilios o en el Hospital).

Las situaciones conflictivas del médico se dieron:

-con los usuarios, cuando por un dolor de garganta quieren que los atiendan ¡ya!

Se visibiliza un *encuentro triste* cuando el médico sale del consultorio y es cruzado por un paciente que le solicita su atención. El argumento del usuario es no poder esperar o no tener turno para su atención. En la actualidad (julio de 2015), en el CAPS Indio Trompa aún puede observarse un cartel con la leyenda "La Dra. C3 no realiza consultas en los pasillos";

-por no contar con el promotor de salud, *“promotor no hay”, “No ha hecho cosas que le he pedido”, “Los promotores de salud no salen a la calle, están abocados a programas y actividades”,* diferenciándose con ejemplos de lo que debería hacer un promotor de salud.

-con las reuniones de equipo: *“todo lo que se hace es para adentro, no se hace nada afuera”, “hacen reuniones de equipo camufladas”.*

Se visibilizaron intercesiones con los usuarios, con los promotores y con el ‘cuerpo sin órganos’ de la DSC, responsabilizada por el mal funcionamiento de todo, incluyendo a los promotores, a los que *“les han hecho tener otras prioridades”.* La médica que más narrativas produce es la esposa del investigador (C3), y en el 2010, con el cambio de gestión referida en el *“contexto subjetivante local”* fue *afectada tristemente*, con un devenir resentimiento, con un devenir intraconsultorio que le permitió aislarse de las autoridades de la DSC (supuestos pragmáticos del investigador).

c) Enfermería:

Enfermería tiene gran cantidad de encuentros breves de cuidado con los usuarios (y/o sus familiares). Los 40 a 50 pacientes por turno de 6 horas hacen un promedio de un usuario cada 13 minutos, y con las actividades de registros y formularios que envuelve la mayor parte del cotidiano de enfermería.

Impresiona que los encuentros más intercesores los tuvo con las normas instituidas en forma de *“papeles a completar”,* y muy poca narrativa expresó sobre los vínculos cuidadores con el sujeto usuario.

Se percibe cómo la sobrecarga laboral tensiona y afecta las relaciones productivas.

C23: Yo no he estado con pacientes de... Bah, pasan muchos pacientes. Pasan entre cuarenta o cincuenta personas – pacientes por mi turno, entre pacientes para vacunas y que van a curarse. Mi lío es más con los papeles, lo que me tiene re desbordada es los papeles. Lo de Remediar siempre yo, siempre me dicen “busca que te ayude una enfermera”, pero siempre termino yo haciendo todo, pasar las vacunas, hacer los pedidos hacer... Siempre, ¡y es mucho!

C16: Claro. Con la alta demanda.

C23: En un momento pusieron otra enfermera más, para ayudarme. Yo estaba re contenta, re bien. Estábamos re organizadas, y la sacaron, y volvimos otra vez a lo mismo y se empieza a atrasar todo. Aparte de la atención, de estar con la gente, no podes estar haciendo... termino llevándome a casa cosas de trabajo.

C16: ¿Trabajo a tu casa?

C23: Trabajo el fin de semana haciendo... y porque es mucha, mucha atención.

C22: Las vacunas, ¿en cuántas cosas distintas tenés que anotarlas?

C23: Las vacunas en la planilla, el libro de actas, la libreta, la c10, el bono. Es mucho para una sola.

C22: Yo a eso me referí hoy, cuando decía que había mucha burocracia de papeles. Porque Ameghino trabaja muy desbordado de atención, están desbordados los administrativos, están desbordados los médicos y están desbordadas las enfermeras. "No se olvide de pasar por Enfermería"... pasó por Odontología, por Enfermería.

C2: Y el que viene exclusivamente a Enfermería.

C22: Y el que viene exclusivamente a Enfermería, y Enfermería tiene mucha, mucha cantidad de papelerío.

C16: Ah, una curación.

C23: Sí, por ahí, si tenés un consultorio desocupado estas... tenés un paciente en Enfermería, atendiendo un paciente en el otro consultorio. Las enfermeras van y vienen y...

C22: Tienen que tener registro en cinco papeles distintos por una vacuna. Para mí, es mucho papelerío.

C21: Para todos. Lo que pasa es que, bueno, ustedes tienen más cantidad de pacientes.

C23: Por turno pasan entre cuarenta y cincuenta. Por turno.

Sl: ¡Ni te digo...!

C16: En seis horas.

C23: En las seis horas, sí. Y teníamos otra enfermera, que nos ayudaba a hacer el papelerío en Ameghino, pero bueno ahora la sacaron.

C3: Están todos... Están todos con sus temas, todos los sectores con mucho... O sea, el Promotor, anda picoteando en todos los programas.

C23: Yo, a veces, no participo de las reuniones de equipo. Porque, a veces, se hablan cosas y a veces no se solucionan las cosas.

C16: No se solucionan...

C23: Yo prefiero estar en el trabajo, haciendo otras cosas que se me atrasan.

Además, son diversas relaciones que tiene al interior y al exterior de los CAPS.

d) Promoción de la salud (C1):

Los encuentros de la promotora fueron con instituciones y con grupos formados de los programas en los que trabaja. Además, participa como apoyo a múltiples funciones del área de salud comunitaria, teniendo encuentros con la DSC.

Se destaca que en esa semana no habló con nadie del CAPS por el trabajo, todas las relaciones del trabajo fuera del Centro.

e) Psicología (C20):

Se observa una conectividad reducida al interior del CAPS con encuentros de trabajo sólo con la enfermera, la trabajadora social y la médica generalista (se olvida del paciente).

Desde su territorio existencial experimenta un encuentro con el pasado al observar las pocas flechas que se dibujan en su red de relaciones del trabajo:

C20: [...] Me haces esta pregunta hace tres años o cuatro y te ponía a miles de actores". Yo empecé a laburar en soledad, porque dejé de creer en el trabajo articulado, con el equipo.

En su queja trae el pasado que tanto lo comprometió y tanto lo afectó, cuando fue un luchador desde la fundación de Salud Comunitaria, y luego de los acontecimientos de junio de 2010 (ver "contexto local subjetivante"), fue rotulado y castigado como "amigo de Reyes".

Cuando en el taller la consigna fue "lo que nos produce malestar", hay un encuentro de él con sus procesos de trabajo actuales, que mira y acontecen, con expresividades de reterritorialización nostálgica, despotenciada, agobiada.

Visibiliza un territorio de aislamiento en el trabajo.

C20: Lo que me genera tensión es, lo que se pensó alguna vez, como trabajo articulado se perdió. Porque ninguna oficina se hace cargo. Lo que me embola totalmente es que, si yo espero que el Servicio Local actúe, no actúa. [...]. Lo que yo pensé que el equipo podía llegar a ayudarme a pensar o intervenir, lo dejé de ver, lo dejé de sentir. No porque mis compañeros fueran turros, que no colaboran conmigo, sino porque mi compañero empezó a tener otras necesidades, otras prioridades. Porque se las impusieron. No porque la prioridad era lo que el equipo definía que había que hacer. Porque, eso, en algún momento lo fue, que la prioridad sea el trabajo en equipo, o lo que el equipo iba definiendo en las reuniones de equipo como (INAUDIBLE). La prioridad empezó a ser otra. Entonces, bueno, yo dejé de sentir que me podía anclar en el equipo, en mis compañeros, en mi grupo de trabajo. Por eso, yo me empecé a meter más en el consultorio, y eso para mí, ahora, es una tensión. Porque yo siento el desborde que siente la administrativa, que siente la médica, o que puede sentir la Trabajadora Social, porque me siento desbordado, porque estoy solo. Como estoy solo, siento cada vez... incluso hasta a veces, me puedo olvidar hasta del nombre de los pacientes, porque estoy desbordado. Porque yo al otro lo atiendo, lo escucho y como sé que después, sé que hay cosas, que hay cosas que no voy a poder intervenir como yo quisiera, desde lo que yo pienso que es el trabajo en un Centro de Salud Comunitario o Trabajo Social... Como sé que hay un montón de situaciones que se me van a escapar, porque no voy a poder anclar y articular con otras instituciones, o con mis propios compañeros y demás, me quedo, digamos, con una pequeña parte. Entonces, lo que me genera tensión, es ir al laburo y saber que esto poquito puedo hacer. Cuando antes sentía que podía hacer todo esto. Entonces, lamentablemente, yo voy a seguir historizando. Porque ésta foto que ahora siento que hay, hace unos años sentía que la foto era mucho más grande. ¿Cuáles son los componentes?, para mí son los componentes políticos, digamos. Porque si antes se permitía que el Servicio Social hiciera esto, y articulara con este, con este, con este, y con este... Ahora, cada uno se caga, digamos. Se queda en su oficinita. ¿Para qué -digamos- voy a laburar con este, con este, con este?, si está laburando tranquilo en su oficinita. Bueno, y a mí, obviamente, me angustia el laburo social. Ver que la gente sigue estando cada vez peor y que nadie hace nada, digamos. Y que si yo opino en algo, que yo creo que podrían hacer, se cagan en lo que yo opino. Entonces, obviamente, cada vez me voy a recluir en mi consultorio, porque es donde me siento quizá más tranquilo, más confiado; y que sé que trabajando individualmente, por lo menos, el paciente va a captar alguna intervención o va... Yo antes sentía, antes sentía,

que tenía otro montón de gente afuera y adentro, afuera del Centro de Salud y adentro del Centro de Salud, y ahora siento que eso no lo tengo.

C16: Claro.

C20: Entonces, mi mayor tensión es sentirme solo.

C16: La soledad.

C20: A veces hago el esfuerzo, a veces hago el esfuerzo...eh... Voy al PRAM, apuesto, sigo apostando al trabajo en equipo. Pero igual me re embolo con eso, porque siento que los límites siguen estando... y no sé cómo hacer, digamos. Incluso, también lo siento de parte de mis propios colegas, digamos. Estamos todos trabajando solos. Mi colega psicólogo, en otro lugar, está igual y no tenemos tampoco un lugar para decir "a ver, ¿qué podemos coordinar para trabajar en conjunto esto? ¿Cómo recibimos a la gente?". En algún momento hicimos la historia clínica, ¿no? Organizamos que datos podían ser importantes. Ahora, mi otra tensión es que no estamos organizados.

En sus relatos cuenta un episodio que funcionó como un acontecimiento muy intenso en el grupo participante, cuando va a hacer un taller a una Escuela y allí en la Escuela le dicen "con vos no podemos hacer talleres", sintiéndose prohibido, y cuando la DSC lo argumenta le dice: "vos ocupate de esto, que de esto, se va a ocupar tal". Allí hubo intensidades de acontecimiento, se vivió un agenciamiento colectivo que movilizó y hubo expresividades de varios compañeros, llevando la discusión al plano de lo político, lo histórico coyuntural y también a una gestión de tipo burocrática.

C20: Otra cosa que me pasó... piden para que yo vaya a un taller, en una Escuela, y después me dicen, de la misma escuela me dijeron, que "con vos no podemos hacer talleres". Entonces sentirte prohibido, también es muy jodido.

C16: ¿Eso cuando fue? ¿Ahora?

C20: El año pasado.

C24: O "hablas muy lindo, la idea está muy buena... Vos ocupate de esto, que de esto, se va a ocupar tal".

C16: Quien corresponde.

C24: Claro.

C16: Eso es una idea burocrática.

C22: Es una mirada política... Tienen una mirada distinta de lo que se hace, unos años atrás. Es política porque, si los profesionales se sienten trabajar solos, la Dirección de Salud se acaba de dar cuenta después de no sé cuántos años ahora, que no conoce de la problemática del abuelo de enfrente de cada Centro de Salud. Es porque hasta ahora, hasta hoy, tuvo una mirada distinta.

En fin, el psicólogo C20 trabaja relativamente aislado (como todos sus colegas psicólogos, según refiere), con un trabajo principalmente sobre el usuario, en la consulta individual e intraconsultorio, "[...] por lo menos, el paciente va a captar alguna intervención [...]". En su territorio con poca fuerza de existir no puede ver que hace talleres con en el PRAM y otras actividades más integrales.

f) Trabajo Social (C9):

En el Figura 2: “La red de petición y compromisos”, la trabajadora social aparece muy conectada, con conversaciones por el trabajo con actores hacia adentro y hacia afuera del CAPS. Es la única disciplina que tiene doble dependencia, la DSC y SDH.

En la Variable N° 3 se citan narrativas de C9.

Una prestación bien frecuente de la trabajadora social es el “informe social”, utilizado en el CAPS por distintas cuestiones, como las interdisciplinarias de casos clínicos con alta vulnerabilidad psicosocial. También como instrumento de la SDH, para administrar la ayuda social. Por su trabajo tiene encuentros con usuarios y sus necesidades, cuestión que la compromete con una fuerte implicación cuidadora.

La trabajadora se siente satisfecha con el trabajo que realiza,

C9: Toda la semana se trabaja interdisciplinariamente, el trabajador social, digo. Mi función... en realidad trabajo con el médico, con el enfermero, con el promotor de salud. Trabajamos en equipo con las administrativas, con Desarrollo Humano y con la Dirección de Salud [...].

Sin embargo, sus narrativas acercan un fuerte contraste con esta percepción, cuando comenta sobre las dificultades para desarrollar su trabajo por las reglas que le impone la SDH. Ella no puede actuar “de oficio” cuando detecta una situación de necesidad de ayuda social, y por su cuenta elabora un informe pidiendo esa ayuda.

C9: Lo que yo hice una vez, es ir a verla y hacer el informe y llevarlo, eso no puedo hacer... yo no puedo, eh... [...] No, porque ellos te dan el aval de que si tienen derecho al informe social o no”, “[...] porque a mí me tienen que decir a quien tengo que ir a ver [...].

Esta cuestión no pasa con la DSC, y sí con la SDH, más relacionado con la administración de la ayuda con materiales. Así se visibiliza una fuerte tensión en su cotidiano, con una doble dependencia laboral (aunque recibe pedidos de otras dependencias municipales), y con diferentes políticas institucionales.

Lo interesante con estas circunstancias - contextos es la constatación en sus haceres, que ante estas restricciones por las reglas impuestas por la SDH, la trabajadora inventa posibilidades, como pedirle al paciente que haga una notita pidiendo la intervención (o escribiéndola ella misma), realizando el informe con una maniobra de evasión (rizomática), de los obstáculos que le imponen las reglas de las redes normativas instituidas.

Es decir que aún con la enorme coacción ejercida por la SDH sobre su trabajo, ante los más vulnerables ella ejerce su libertad encontrando atajos para poder hacer el trabajo que desea.

Una situación análoga se puede visualizar en su intervención con un usuario internado en el área de psiquiatría del Hospital, que va a ver y defiende sus derechos de ser humano a “capa y espada”, poniendo el cuerpo ante el Servicio Social del hospital. Aun cuando no es una usuaria con la que ella tenga obligaciones, por no corresponder a un caso de su área programática.

Otra constatación de la libertad que ejerce su autogobierno es cuando narra que la SDH no permite que la trabajadora social gestione recursos del “Tren Sanitario” de Desarrollo Humano de Nación para la ciudadanía local, y entonces ella canaliza las gestiones para los usuarios a través de otra institución donde ella trabaja (Escuela especial).

Hay una tensión entre un trabajador social, muy estructurado e instrumentado desde la formalidad institucional, y las posibilidades que elige desde el espacio informal, produciendo un trabajo articulado con distintos actores y sectores que siempre le exigen movimientos estratégicos situacionales (supuesto teórico). Su narrativa denota el agenciamiento del espacio formal, al punto de mostrar una subjetividad muy territorializada y que no se resiste a las reglas que parecen injustas, y que sin duda la afectan como sujeto implicado.

Cuando se le pregunta sobre las situaciones conflictivas del trabajo habla del problema de las relaciones del médico, los usuarios y las administrativas, teniendo como “telón de fondo” la falta de turnos, refiere haberlo pasado mal cuando la administrativa ha tratado mal a un paciente, lo ha hecho llorar y ella lo ha tenido que contener en su consultorio.

Esta trabajadora social ha tenido encuentros muy intercesores con algunos usuarios con los que ella ha sido muy afectiva, sensible y humana. Aun así, ella no ha reconocido conversar con el usuario por el trabajo.

g) Profesor de educación física (C5):

Si bien este trabajador no participó en este taller, es analizado por observarse una baja conectividad en esa semana de trabajo con los demás compañeros del CAPS considerando:

-que utiliza los cuatro CAPS como lugar de encuentro con los usuarios del programa que coordina (‘Trenque Lauquen en movimiento’), dos veces por semana en cada Centro;

-que allí se le realiza el control de la tensión arterial (por la enfermera) a cada uno de los participantes, antes y después de realizar las actividades físicas;

-que en su mayoría son adultos mayores que tienen sus médicos de cabecera en el mismo CAPS;

-que tiene una relación amistosa con los 10 participantes de éste taller;

Sin embargo hubo muy pocas conversaciones por el trabajo con él, conectando con psicología que aclara: *“no, al revés, psicología se comunica con él”*, refiere el C20 al pensar las conversaciones que tuvo con el Profesor de educación física. La Promotora de Salud se ha reunido con los profesores de educación física para programar actividades para el año próximo.

Queda agregar sobre esta variable una reflexión, tomando de eje a las divergencias de significaciones y significados del “trabajo en equipo”, que denotan la existencia de varios CAPS en la cabeza de los trabajadores:

a) con percepciones de ‘trabajo en equipo’ efectivo, con satisfacción del trabajo que se realiza;

b) otros trabajadores no perciben el ‘trabajo en equipo’ como importante, y utilizando un punto de vista pragmático aducen que “no participo porque no se resuelve nada y me atraso con la tarea”;

c) y otros consideran que las reuniones de equipo son inventadas, camufladas, que “hacen que se hacen” o que se hacen por cobrarlas.

Lo interesante es que de cuatro compañeros de un mismo CAPS, dos expresan percepciones positivas, muy satisfechos de su trabajo en equipo, y dos totalmente insatisfechos, correspondientes a la tercera posición. Esta situación de percepciones antagónicas lleva el análisis al plano de la subjetividad y sus expresividades singulares, a través de territorios existenciales muy diferentes.

De esta forma, creemos haber encontrado / producido un analizador, que buscaremos utilizar en el próximo encuentro.

10.5.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 3.

En esta UA participaron diez singularidades correspondiendo a cinco disciplinas u oficios distintos de tres CAPS.

Si bien la red graficada muestra la alta conectividad e interdependencia entre los trabajadores, los usuarios estuvieron apenas conectados en la semana mapeada.

De la intensa red de conversaciones pocos trabajadores consideraron a los usuarios como sujetos activos con los cuales tuvieron que comunicarse por el trabajo. Para las administrativas los usuarios estuvieron bien presentes, y en menor medida para enfermería, el resto olvidó al usuario.

Si bien el usuario se visibiliza como el objetivo implicado del trabajo, también como la fuente principal de tensiones del trabajo.

La DSC habló con aquellos actores importantes en la producción y transmisión de información, cuestión que sugiere una gestión relativamente administrativa de la Dirección.

Se identifica a los significantes del “trabajo en equipo” como buenos analizadores de la subjetividad operante en el grupo. Se accede a este analizador cuando las intensas narrativas producidas por su análisis son expresivas de diferentes concepciones del trabajo en equipo, como un eje de divergencia que trae la diferencia y lo que subyace, pinceladas intensivas del ‘plano de consistencia’ con:

- a) trabajadores que se sienten muy satisfechos con el trabajo en equipo;
- b) otros que lo consideran poco importante (la mayoría), en este grupo está la enfermera, que pone a funcionar un principio pragmático ante su sobrecarga laboral y dice: “no se logra mucho, no se resuelve nada y yo me atraso”;
- c) y otros consideran que son “inventadas”, “camufladas” o que “se hacen por cobrarlas”.

Queda sobre relieve el peso de la subjetividad cuando se presentan en un mismo CAPS dos grupos de dos trabajadores, cuyas narrativas se corresponden al primer y tercer grupo. Es decir que más allá de las condiciones objetivas de producción (que son similares), resulta fundamental la subjetividad de los trabajadores en la micropolítica del trabajo, que operan a partir de la interpretación que hacen del trabajo.

Las administrativas son el centro de la red de todo el CAPS (se comunican con todos), tuvo una función articuladora fundamental: entre los pedidos de los usuarios, y las ofertas existentes (de los servicios disponibles); y entre el interior y el exterior del Centro, por necesidades para su funcionamiento.

La conexión más intensa fue con el usuario y con los médicos, el resto quedó en segundo plano.

El TV con los médicos fue principalmente para resolver necesidades de los usuarios, con los que tuvieron los encuentros más intercesores (más encuentros tristes que alegres, por los problemas que enfrentan y la sobrecarga laboral angustiante). Los usuarios también les piden contención.

Para las administrativas los usuarios fueron el afuera, los que traen problemas, pero también los sujetos con los cuales tienen un gran compromiso cuidador e implicado. Su ética fue de responsabilización y compromiso (en las tres administrativas presentes).

Fueron intermediarias entre los médicos y el usuario. Se visibiliza la subordinación del usuario y de las administrativas a la hegemonía médica, que de varias maneras les hace “poner la cara” por ellos, inclusive accionando por el confort y conveniencia de la “clase médica”.

Tienen un rol muy tensionado, con sobrecarga laboral y multifunciones *“una administrativa del CAPS hace como diez del hospital”*. Incluye pedidos de la DSC de control del personal, poniéndolas en un lugar difícil con sus compañeros del CAPS.

Las narrativas de las tres administrativas que participaron en este taller visibilizan cajas de herramientas sofisticadas y polifuncionales:

- a) en su función de “puerta de entrada” al CAPS (frente al usuario);
- b) en su función articuladora fundamental (trabajador – trabajador; trabajador – usuario, DSC-trabajador, y CAPS-distintas dependencias funcionales, municipales y no municipales);
- c) para los procesamientos administrativos complejos que realizan (facturación, Plan Nacer, bonos);
- d) para la resolución de problemas complejos de usuarios, muchas veces anoticiándolos y guiándolos por las ofertas disponibles para esos problemas.

Si bien su función principal fue resolver problemas de los usuarios, la centralidad de Administración en la organización del CAPS les implica una fuerte adherencia a las reglas institucionales impuestas (tecnologías duras), que les exige el despliegue de complejos arreglos tecnológicos relacionales (tecnologías blandas), para producir su TV con los sentidos deseados (visibilizado materialmente como eminentemente cuidador).

El TM de los sistemas de emisión de bonos, las regulaciones normativas, las tecnologías de registro, facturación y transmisión de información, en definitiva todos los procedimientos previstos para el funcionamiento administrativo del CAPS que actúan como tecnologías que endurecen su ‘composición técnica del trabajo’, sin dudas las afecta y subjetivan, pero en sus narrativas no se encuentran signos para afirmar la existencia de grandes capturas en sus significaciones del trabajo.

La enfermera tuvo mucho TV en la atención a usuarios y médicos. Sin embargo el TM de las reglas de funcionamiento institucional y la sobrecarga laboral le impiden un cuidado con acogimiento.

La gran sobrecarga laboral, con cuarenta o cincuenta usuarios por turno de seis horas captura el TV cuidador, acortando el tiempo de consulta a unos pocos minutos.

Para la enfermera los usuarios fueron el cansancio, un problema de tareas que nunca va a terminarse y que le requiere llevar trabajo el fin de semana a su domicilio, para así poder cumplir con sus obligaciones.

Su TV también fue muy capturado por el TM implicado en sus funciones administrativas, con diversos tipos de registros y transmisión de información a distintos sistemas de control (principalmente de la DSC, como facturación del Plan Nacer). En éste sentido se destaca el proceso de inmunización, que requiere completar cinco registros por cada práctica que realizan, TM que le consume mucho del tiempo prestacional disponible (promedio 13 minutos por paciente). ¿Qué posibilidad de acogimiento y cuidado integral tiene, con estas condiciones objetivas de producción?

El uso de tanta tecnología dura administrativa asociada a la alta demanda, le captura el TV y los sentidos del trabajo (comprometidos), con tanta intensidad, que la enfermera no participa de las reuniones de equipo porque “le retrasan el trabajo”.

La promotora de la salud tuvo encuentros con instituciones y con la DSC, no fue así con los compañeros del equipo de salud, con los cuales por el trabajo esa semana no hablo con ninguno.

Sus encuentros con los usuarios y con las instituciones fueron poco intercesores, participando en programas grupales de salud (estables), y sus diversas funciones la comunicaron con sectores por fuera del CAPS.

El usuario fue un objeto de distintas actividades grupales que hay que registrar, que hay que transmitir (PROSANE, inmunizaciones, etc.). Su TV en estos programas fue la conexión con los usuarios.

Hay redes jerárquicas y normativas como indicaciones de la Dirección que capturan su trabajo tecnológico. En sus narrativas se visibilizan procesos de trabajo con mucho de aplicación de reglas institucionales (TM), como procedimientos normalizados de registro y transmisión de información (facturación del Plan Nacer, el sistema OSMU, los registros de inmunizaciones, RESAPRO).

Sus diversas actividades estructuradas en varios programas estables (tecnologías blandas duras), y los pedidos específicos de la DSC le producen un cotidiano que la agencia, con *afecciones tristes*, llevándola (desganada), muy lejos de un territorio interdisciplinario, o de trabajo con la clínica domiciliaria y territorial que supo hacer.

Las visitas domiciliarias que realiza son fundamentalmente para instrumentar la solicitud de concurrencia de algún usuario al CAPS, mayormente motivada por el funcionamiento de los programas.

Para las médicas los usuarios fueron importantes y centrales en sus procesos de trabajo, sin embargo ninguna reconoció haber necesitado hablar con el mismo para trabajar. Una de ellas acontece cuando visibiliza que se ha olvidado del paciente, aunque no logra desterritorializar, sumida en la queja.

Realizan actividades casi exclusivamente en consultorio, sin actividad comunitaria.

Sus cajas de herramientas muestran indicadores de una biomedicina comprometida con el usuario, que las moviliza con miradas humanizadas y más amplias que la enfermedad; más allá de la focalización en el cuerpo anátomo fisiológico, no hay signos de una ontologización del usuario en enfermedad.

Los usuarios fueron considerados como sujetos pasivos (omitidos en su protagonismo), como objetos vulnerables y como cuerpos biológicos, a los cuales hay que cuidar. Son poco tenidos en cuenta como sujetos sociales.

Sus TV principal es con el usuario, y accionan con una moderada concepción disciplinar del trabajo en la relación con sus compañeros. En sus narrativas se observa una caja de herramientas hegemónica, que llega a juzgar a sus propios compañeros.

Se visibiliza un fuerte conflicto entre la C3 con un promotor de salud al cual le ha pedido visitas domiciliarias y no las ha cumplido, y con malestares por las reuniones de equipo, que según cree, “son inventadas”. Hay mucha queja en sus narrativas, con capturas subjetivas y un antagonismo marcado con la Directora.

Hay intercesiones con los usuarios, con los promotores y con el ‘cuerpo sin órganos’ de la Directora de Salud Comunitaria, responsabilizada por el mal funcionamiento de los promotores (agenciamientos subjetivos).

El psicólogo tiene poca conectividad, se olvida del paciente y aunque tiene una caja de herramientas de alta sofisticación, es agenciado subjetivamente por la elaboración de encuentros *tristes* con el pasado. No percibe con satisfacción el trabajo que realiza, aun realizando actividades integrales y grupales (es el único psicólogo que las hace).

Hay un acontecimiento cuando actualiza el pasado que sigue *durando* y que le produce *afecciones*. El encuentro que se produce es con el presente y acontece, en un territorio *triste*.

Desde un territorio existencial de fuerzas débiles expresa la captura subjetiva del sentido del cuidado que supo tener, sus narrativas visibilizan una caja de herramientas con tecnologías-conocimientos de la mucha experiencia, sin embargo percibe un cambio en sus cajas, que hoy describe ocupada casi exclusivamente por la clínica psicoanalítica (tecnología blanda dura), intraconsultorio.

Visibiliza un aislamiento del trabajo, tanto al interior del CAPS como hacia el exterior, percibiendo la falta de soporte institucional para el trabajo que desea hacer. Relata un episodio al ir a una Escuela (que lo había llamado solicitando un taller), en el que toma conocimiento que fue proscripto por la Dirección para realizar talleres. Este hecho acontece en el grupo y funciona como un agenciamiento colectivo de enunciación, disparando narrativas en acto del grupo.

La trabajadora social tuvo una alta conectividad en la semana mapeada, y el usuario ocupa un lugar central en sus acciones, con el cual expresa un gran compromiso y una mirada de defensa a los más vulnerables. Tiene intensos encuentros intercesores con ellos.

La caja de herramientas que utiliza hace arreglos tecnológicos muy interesantes (tecnologías blandas y blandas duras), con fugas rizomáticas de los flujos del trabajo ante las restricciones que le imponen: tanto el TM de las reglas institucionales de su doble dependencia municipal, como el TV de las prohibiciones que la SDH le llegó a hacer, en las que le indicó que no estaba autorizada a actuar “de oficio”, cuando elaboró un informe social de las necesidades de un usuario sin que nadie se lo haya pedido (un actor institucional).

La captura de la SDH fue principalmente a través del sistema jerárquico instituido, que la ubica en un papel no protagónico, como un instrumento elaborador del “informe social”, asignación que funciona como ‘maquina formal subjetivante’, que agencia a C9. Tal es así que cuando narra las coacciones y coerciones que sufre, no acontece, no hay intensidades que la movilicen.

Sin embargo, C9 controla las capturas de sus finalidades con un importante ejercicio de autogobierno, y buscando caminos con los sentidos deseados por ella, elabora distintas estrategias para no interrumpir su flujo de cuidado.

Es decir que aun con esas tensiones del trabajo muy instrumentalizado, útil para la organización burocrática donde “otros piensan”, C9 logra definir estrategias desde su espacio informal, utilizando las posibilidades que elige para poder llegar donde desea.

Se siente satisfecha con sus procesos de trabajo y el trabajo en equipo que realiza (con la DSC, con la SDH, con los trabajadores del CAPS).

El profesor de Educación Física trabajó relativamente aislado, con conexiones con muy pocos compañeros, no se ha relacionado con el equipo por más que asiste allí y el programa que coordina lo desarrolla desde ahí.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11ª COHORTE / 2008 - 2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

CARTOGRAFÍA DE PROCESOS DE TRABAJO EN CENTROS DE SALUD DE LA
CIUDAD DE TRENQUE LAUQUEN

(Volúmen 2)

MAESTRANDO

Médico. Especialista en Medicina General Integral

Reyes, Pablo Javier

DIRECTOR DE TESIS

Mg. Arakaki, Jorge

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.	16
2. CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO.	21
2.1 <i>La apuesta en salud.</i>	21
2.2 <i>El contexto subjetivante general.</i>	24
2.3 <i>El contexto subjetivante local.</i>	28
2.4 <i>Las implicaciones del investigador.</i>	33
2.5 <i>La investigación viva en acto.</i>	34
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	36
3.1 <i>Preguntas.</i>	37
3.2 <i>Objeto de investigación.</i>	38
4. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	39
5. PROPÓSITO.	42
6. OBJETIVO GENERAL.	43
6.1 <i>Objetivos específicos.</i>	43
7. MARCO TEÓRICO.	44
7.1 <i>Introducción.</i>	44
7.2 <i>El trabajo en salud.</i>	50
7.2.1 <i>Las redes en la micropolítica del trabajo en salud.</i>	54
7.3 <i>La caja de herramientas.</i>	57
7.3.1 <i>La biopolítica y la caja de herramientas.</i>	58
7.4 <i>El poder y la micropolítica.</i>	60
7.5 <i>El dispositivo.</i>	60
7.6 <i>La Subjetividad.</i>	62
7.6.1 <i>Los territorios existenciales.</i>	64
7.7 <i>Los encuentros y los afectos.</i>	65
7.8 <i>Atención primaria de la salud.</i>	67
7.9 <i>La Atención Primaria de la Salud como política sanitaria.</i>	68
7.10 <i>Centro de Atención de la Salud.</i>	69
7.11 <i>En síntesis.</i>	69
8. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.	72
8.1 <i>La cartografía.</i>	72
8.1.1 <i>La investigación cartográfica.</i>	74
8.1.2 <i>¿La metodología cartográfica?</i>	76
8.1.3 <i>Las pistas cartográficas.</i>	77
8.1.4 <i>La narrativa cartográfica.</i>	80
8.1.5 <i>El registro cartográfico.</i>	81
8.2 <i>Antecedentes de investigaciones.</i>	82
9. MATERIALES Y MÉTODOS.	91
9.1 <i>La estrategia.</i>	94

9.2 <i>La experiencia.</i>	95
10. ANÁLISIS.	106
10.1 <i>La red conceptual para el análisis.</i>	106
10.2 <i>Los Participantes.</i>	107
10.3 <i>Unidad de análisis N° 1: entrevista coloquial no estructurada.</i>	108
10.3.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	109
10.3.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	111
10.3.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	114
10.3.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	118
10.3.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 1.	122
10.4. <i>Unidad de análisis N° 2: “A propósito de un caso”.</i>	125
10.4.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	126
10.4.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	130
10.4.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	133
10.4.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	138
10.4.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 2.	142
10.5 <i>Unidad de análisis N° 3: Taller “la red de pedidos y compromisos”.</i>	144
10.5.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	145
10.5.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	154
10.5.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	160
10.5.4. Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	173
10.5.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 3.	190
10.6. <i>Unidad de análisis N° 4: Segundo taller cartográfico. Restitución de ‘la red de pedidos y compromisos’.</i>	199
10.6.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	199
10.6.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	201
10.6.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	204
10.6.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	217
10.6.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 4.	229
10.7 <i>Unidad de análisis N° 5: El flujograma analizador.</i>	234
10.7.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	239
10.7.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	243
10.7.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	250
10.7.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	257
10.7.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 5.	268

<i>10.8 Una última cartografía de síntesis.</i>	274
<i>10.9 Discusión.</i>	280
11. CONCLUSIONES.	282
<i>11.1 Respondiendo a los Objetivos.</i>	289
<i>11.2 Limitaciones y posibilidades abiertas.</i>	289
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	
GLOSARIO.	
APÉNDICE.	
ANEXOS.	

CONTENIDOS DEL VOLÚMEN 2

<i>10.6. Unidad de análisis N° 4: Segundo taller cartográfico.</i>	
<i>Restitución de ‘la red de pedidos y compromisos’.</i>	199
10.6.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	199
10.6.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	201
10.6.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	204
10.6.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	217
10.6.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 4.	229
<i>10.7 Unidad de análisis N° 5: El flujograma analizador.</i>	234
10.7.1 Variable N° 1: Composición técnica del trabajo.	239
10.7.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.	243
10.7.3 Variable N° 3: La caja de herramientas y sus apuestas ético políticas.	250
10.7.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.	257
10.7.5 Cartografía de la Unidad de Análisis N° 5.	268
<i>10.8 Una última cartografía de síntesis.</i>	274
<i>10.9 Discusión.</i>	280
11. CONCLUSIONES.	282
<i>11.1 Respondiendo a los Objetivos.</i>	289
<i>11.2 Limitaciones y posibilidades abiertas.</i>	289
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	
GLOSARIO.	
APÉNDICE.	
ANEXOS.	

10.6. Unidad de análisis N° 4: Segundo taller cartográfico. Restitución de 'la red de pedidos y compromisos'.

Duración de audio: 1 hora 23 minutos

Fecha: 31/10/2014

Participantes:

- C16: Compañero 16 (investigador).
- C1: Compañero 1 (promotora de la salud).
- C20: Compañero 20 (psicólogo).
- C2: Compañero 2 (administrativa).
- C7: Compañero 7 (auxiliar de limpieza).
- C3: Compañero 3 (médica generalista).

Esta unidad de análisis se estructura en una síntesis analítica del taller anterior construida por el investigador, que funcionó como un dispositivo productor de agenciamientos y expresividades que visibilizan algunos aspectos del "trabajo en equipo", utilizado aquí como principal analizador.

10.6.1. Variable N° 1: La Composición técnica del trabajo.

Esta U.A N° 4 y la U.A N° 3 proponen una dinámica y una didáctica centradas justamente en las relaciones del trabajo, por lo cual siempre aparece resaltado el TV, que en ésta U.A sigue siendo el predominante y el más importante.

C16: Y no es la teoría de lo que creemos que es, aunque después se superpone todo... o sea uno... la idea es pensar la última semana de trabajo. Con quien tuve que conversar para el trabajo, ehhhh... ¿Verdad? Lo que sale acá, a simple vista, es la alta comunicabilidad, la alta cantidad de conversaciones que se realizaron, ¿verdad? Entonces aparece un análisis de estas cuestiones... ehhhh.

Respecto a Administración, aparece como el centro donde pasó la red de comunicaciones de trabajo, comunicándose con todos, y con una función articuladora del trabajo, fundamental. Entre los pedidos de los usuarios, fíjense tres puntos de articulación gruesos entre los pedidos de los usuarios, usuarios decimos los pacientes, ¿no? Entre los pedidos de los usuarios, y los servicios prestados por los trabajadores del Centro, en el medio, entre la gente y los Trabajadores; entre algunas necesidades intereses de la Dirección de Salud Comunitaria y la de los Trabajadores. O sea, intermediando éntrela institución y el trabajador. Por ejemplo, surgió ahí que tienen que informar si hay ausentismo, etc., ¿verdad?, como otras cuestiones de, digamos, de programas que implican a los trabajadores y son llevados a cabo por la Dirección de Salud Comunitaria; y la Administración es la articuladora. Y el tercer punto es: entre las necesidades de funcionamiento

del interior del Centro y el exterior. O sea que, para funcionar el Centro de Salud, no es autónomo, no es independiente, necesita de otras dependencias. Necesita del hospital, de otras dependencias municipales, de otros sectores no municipales y la Administración es el centro que articula esto, ¿no? Algo así como que, el trabajo cotidiano, implica más allá de las paredes del Centro de Salud; entonces la Administración cumple con una tarea en éste sentido. Si a alguien se le ocurre algo más... ¿eh? [...] El otro punto es la multifunción. Acá, también, otra frase sacada de lo que se dijo "la administrativa de un CAPS hace como 10 del hospital", hablando de las funciones que cumple una administrativa, desde Mesa de Entrada, Archivo, etc., etc., que en el hospital ocupa una persona por función.

Enfermería, Enfermería... comparte mucho con Administración, en parte, comparte cosas con Administración.

C1: [...] Más allá por falta... porque el Promotor pueda estar abocado, hoy por hoy, a otras actividades pero, yo tengo tiempo para hacer las visitas pero si no está el equipo para hacerlo...

C3: Claro, yo digo, yo pienso lo mismo como médica. Digo, sí, yo siento que sí haces solo... sí, hago cada tanto, viste...

C1: Sí, sí.

C3: Son visitas, si se le bajó la presión, reviso ¿Viste, esas visitas así? Porque te llamaron justo, por eso. Pero digo, ¿para qué voy?... yo... ni programo la visita, si sabes que la vas a hacer vos solo, la mirada va a ser la tuya, después nadie más va.

C1: Si, tal cual.

C1: Desde planificación me dan fichas porque no vienen a retirar las anticonceptivas, las... voy hacer las visitas... y una porque tuvo familia hace dos meses, y la otra... y es mucho más sencillo buscar a la persona por sistema y ver porque o cuando fue la última atención... y sin embargo, he ido...

C3: Bueno, allá en el Indio unas pocas visitas que hacen...

C1: Yo considero que es mi trabajo, como tantas otras... que es mi trabajo, y yo también como ustedes, como los Médicos, también puedo venir y anotar en la historia y eso es la historia del paciente, es algo con lo que se trabaja y...

C3: Yo siento que... yo te digo que, una vez les dije. Estuve 40 minutos con una persona, estaba llena la sala. 40 minutos estuve. No es que no dedico y le pido todo MURMULLO

C3: Es más, yo había ido un montón de veces a ver a la chica, le he llevado pañales porque he ido a la casa y cuando estaba el padre muriéndose... He ido, y cada tanto, paso un fin de semana, 10 minutos pero he pasado. Yo, no era, que les estaba tirando un problema, viste, que yo no sabía.

C3: Hubo una reunión.

C1: La salida al terreno.

C3: Hubo una reunión de organización.

C16: un estímulo a la salida al terreno.

C1: Tal cual.

C20: Tiene que ver con eso, con los tiempos... en un principio las administrativas dijeron, como también el médico del "ya", la gente nos pide y resolver "ya". Y eso es lo que nosotros vivimos como una cuestión de que no podemos, no podemos... este... ponerle freno y decirle "bueno, es necesario que sea ya?", entonces corremos a la par del paciente. El paciente nos

*demanda, entonces “ya, ya, todo ya”, y... entonces no nos hacemos el tiempo para pensar y pensarnos.
C16: Claro.*

Puede visibilizarse el TV de administración con sus múltiples funciones, las atenciones y visitas domiciliarias de la médica C3 y la promotora C1 y una reunión con la DSC por el tema de la “salida a terreno”; y el TM del fichero, historias clínicas, el sistema informático, el tensiómetro y estetoscopio.

10.6.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.

Este taller profundiza las reflexiones de la UA N° 3, las cuales visibilizan a un usuario que mayormente no es considerado en los procesos de trabajo.

El usuario fue mirado:

a) como “consulta” que agota, reduciendo trabajo con el sujeto complejo, a una solicitud de prestación más. Las narrativas de C16 presenta a la ‘red de pedidos y compromisos’ de enfermería, de la siguiente forma:

C16: [...] Ehhhh... en Enfermería, tuvo una gran cantidad de actividades, trabajó... ehhhh... o sea gran cantidad de actividades se refiere a muchas tareas, también, con muchas funciones y trabajó con saturación en las consultas, eso fue... eh... y mucho papeleo. El papeleo fue una cosa muy resaltada y ehhhh... de 40 a 50 consultas en 6 horas ¿eh? El otro punto es, que la Enfermería, es el segundo lugar luego de Administración en cantidad de relaciones con los usuarios, con los compañeros del CAPS y con el exterior del Centro de Salud. También, la Enfermería ha hecho todas estas cosas.

b) como un “usuario objetivo” de programas nacionales y provinciales, que se ejecutan en el municipio y le significan un retorno de dinero por las prestaciones programáticas que se realizan, en la población objetivo del distrito. Cuestión relativamente estructurante del trabajo;

*C3: (RUIDO) digamos, el que prioriza la actividad, no es Salud Comunitaria. Como vos dijiste, el que prioriza no es... la prioridad no es la propia, la real, necesidad de la gente, sino la necesidad de la institución o las instituciones que están... (NO SE ENTIENDE), esa, esa priorización que se le da a lo institucional, digamos es como... no importa el problema, la gente no importa.
C20: Claro.*

C3: Esa, esa priorización que se le da a la institucional, no importa el problema que tiene... porque la gente realmente, no importa; sino a lo que la institución ve como problema. La propia institución tiene la necesidad de justificar, entrar... Ponele, el organizador, el centro el que organiza el centro de organización profesional institucional de Salud Comunitaria, es el dinero. Porque, Salud Comunitaria, recibe partidas de dinero de distintos programas

que a su vez tienen que ser justificados por tareas comunitarias. Porque, desde otros niveles de gestión, se está buscando eso realmente.

C20: Claro, claro.

C3: Entonces, llega la partida de comedores comunitarios, para que se trabaje en comunidad; la partida del Plan Nacer, para que se trabaje en comunidad; PROSANE, para salir a las escuelas. Entonces, la necesidad de Salud Comunitaria, es responder a... justificar esa entrada de dinero. No importa cómo. Por eso, tenés médicos ¿no? , tenés comunitarios que reciben una beca de comunitarios, acá. Muy bueno pero, aunque sea, me tenés que justificar esas horas con Comunidad porque van a venir a auditar y vos tenés que decir que, tenés que decir algo, el comunitario. Entonces, por obligación, "bueno voy", por decir algo, "al PRAM", así justifico mis horas comunitarias y puedo recibir esa beca. Y, a su vez, el Municipio recibe la plata de Nación para pagar esas becas y pagar otros sueldos municipales. Entonces, para mí, lo que organiza la institución es el dinero y las necesidades... A partir de ahí, las necesidades institucionales. No es la necesidad de la gente lo que está organizando Salud Comunitaria. Por eso, se le da sí prioridad a lo comunitario, está buenísimo. Pero ¿a partir de que se le da lo prioridad a lo comunitario?, ¿por la necesidad de la gente? No. Es de la institución. Algo así sería, ¿no?

C20: Sí, lo único... lo único.

C3: El dinero es lo que organiza, lo único que organiza esto... sí, yo...

C20: De hecho, digamos, casi todos los programas de Salud Comunitaria son programas o Nacionales o Provinciales. El único programa local es el PRAM y Trenque Lauquen en Movimiento, digamos... este...

c) como a un "objeto" de cuidado, al que se le "indica" estudios complementarios, cuando la médica C3 le pide al promotor de salud C19 que vaya a visitar al domicilio a una usuaria diciéndole: "*habría que ir a ver, si fulanita se hizo todo*". Con esto, C3 muestra un gran compromiso con los usuarios, dedicándoles tiempo y ocupándose, desde una visión de cuerpo biológico.

C3: Pero, a mí ya me ha pasado, no te digo de ahora de este año. Hace dos años que la vengo remando "che, fulanita, fijate no sabes... Que me pasó... "habría que ir a ver si fulanita se hizo todo" ¿Vos fuiste? Así fui yo, no una, ni dos, ni tres, la última fue hace un mes...

d) como "sujeto vulnerable", al cual hay que defender ante la interpretación que un Jardín maternal está persiguiendo a una madre por pobre;

C21: Mi tensión, es aparte de lo que vos decís del encierro, que uno... hace... se auto aísla... eh. Lo que me ha pasado, no esta semana, ¿no? Sí es la relación, por ejemplo, con la guardería que esta acá. Nubecitas se llama, me parece, Nubecitas, ¿no? Porque, bueno, tenemos determinados por ahí pacientes, o chicos, con la escuela N°48 con alguna problemática social; y yo lo que veo es que persiguen a esas mamás, o a esas familias y eso lo charlamos con las...

C16: ¿Quiénes persiguen?

C21: La escuela.

C16: La escuela.

C21: La escuela, la maestra, te vienen y te piden que vos pongas el diagnóstico, si puede ir, sino puede irse, que se yo.

C16: ¿La escuela es Provincial?

C21: No, la guardería.

C16: ¡No!, la guardería es municipal.

C21: Sí, por escabiosis, porque por ahí el nene esta obeso, o tiene diarrea porque hay una problemática familiar especial. Entonces, siempre todas las semanas, o dos veces por semana venía que le haga un certificado porque tiene diarrea. Entonces, "haceme un certificado y haceme el diagnóstico". Y más que la maestra le dice "¡no! lleva al nene al pediatra, lleva al nene a tal pediatra", no a un pediatra, "a tal pediatra, no a cualquiera. Porque esa médica no sabe". Igual, me lo transmitió la Trabajadora Social de qué manera lo dijo, la madre lo interpretó de otra manera. Yo a la madre le dije "al pediatra que vos me decís, yo llevo a mi hijo. Llévalo, hace la consulta, está todo bien". Pero vienen con una exigencia "como...". Y después me entero, que después de la reunión, la Trabajadora Social, le dice: "pará, vos estas transfiriendo. Pará ¿qué te vas a llevar el pibe a la casa?". "Y si, a uno me lo llevé", y bueno hacete analizar. Eso a mí me genera tensión. Y el otro día, también, me pelee con la directora también por una situación de una familia. Porque quería un certificado, que diga "tal cosa y tal cosa". Quería que le dijera que si se contagiaba o no. Le digo: "una vez que hace el tratamiento ya está, por más que...".

e) como "víctima" de la discusión referida antes entre la médica C21 y un docente del Jardín maternal, conflicto que obstaculiza el hacer de C21 y de C1 por el usuario. Es decir que el conflicto entre actores institucionales deja en segundo plano al usuario, que tiene que buscar un pediatra en el Hospital, con las desventajas de no atenderse en el CAPS cercano a su domicilio;

f) finalmente un "usuario olvidado" por la mayoría de los trabajadores, tomado como objeto pasivo del trabajo. Hubo varias singularidades que expresaron pérdida de fuerza de hacer por los usuarios, argumentando motivos de contexto y condiciones laborales que no tienen que ver con los usuarios;

C16: Donde ha quedado el usuario en esa red de relaciones ¿mmmm...? Y vemos ehhhh el usuario, lo vemos... ¿dónde quedó el usuario?, esto es toda una discusión nueva... Pacientes, acá, y familiares de pacientes y... ¿qué paso? Digamos, ante la pregunta ¿con quienes tuve que conversar para hacer el trabajo? Ehhhh.

C3: El Promotor salió de la relación con pacientes y familiares o por ejemplo.

C16: Ni el Promotor, ni los médicos.

C3: Yo menos (risas).

C16: Ni el Trabajador Social.

C3: Ni lo registré.

C16: O sea, el paciente, está en un lugar ehhhh como si fuera toda nuestra organización, está, para Ehhhh... producir algo para el otro. Pero el otro está afuera, es como alguien que no juega en realidad, que no juega, que no juega en la organización. Sino que es como ehhhh como si fuera un objeto, de alguna forma

C16: Bueno, el tema es que los pacientes quedaron ahí solitos y los familiares de los pacientes. El psicólogo, por ejemplo, reconoció haber hablado con el familiar del paciente...ehhhh...

C2: No pero, primero dijo, me olvidé de los pacientes.

C16: Y después dijo me olvido de los pacientes (RISAS).

C3: Yo no hace falta que lo diga pero no pienso en los pacientes.

(CHISTE ALUSIVO AL PRIMER TALLER)

C16: Fíjense lo siguiente... el usuario, visto así, no forma parte, no es considerado sujeto activo del trabajo, digamos. En los dos sectores, que lo colocan como parte del trabajo, son Administración y Enfermería, que son digamos sujetos... porque llega al paciente, digamos. Porque los demás es mediando pedidos el administrativo, papeles. El paciente llega y son... y evidentemente, la cara, es la recepción del usuario. Entonces ellos sí, para ellos sí, el paciente tuvo un lugar importante.

10.6.3 Variable N° 3: La 'caja de herramientas' y sus apuestas ético políticas.

En este encuentro se repasa lo producido en el taller anterior, con las diversas 'cajas de herramientas' utilizadas por las distintas disciplinas que participaron, y los sentidos éticos políticos expresados en ellas.

A partir de allí, esta nueva producción avanza con las relaciones y los conflictos, que si bien se focalizan más en la Variable N° 4, están íntimamente coproducidos con las cajas de herramientas de cada trabajador, y por ello son las relaciones las que están más presentes en este análisis.

Se construyen los siguientes dos analizadores, muy correlacionados en las reflexiones: las visitas domiciliarias y el trabajo en equipo.

Las visitas domiciliarias:

a) hay narrativas que apuntan a no realizar visitas domiciliarias por trabajar aisladamente, por no contar con otros para realizar un trabajo en el que nunca se es autosuficiente y siempre se necesita la participación de otros (que no están). Parece que el foco de la "desresponsabilización" sobre los usuarios que estarían beneficiados por visitas domiciliarias está en que comprometerse (con la problemática compleja, que requiere una visita domiciliaria), es también "poner la cara" por algo que uno solo no van a poder resolver;

C1: Yo, por ahí, también, aclarar lo del Promotor... el tema las visitas y demás. Yo creo que, también, es por el tema éste de las reuniones de equipo que no hay; y que no es sólo del Promotor -el tema de las visitas- sino que de todos los que trabajamos en el Centro de Salud. Si no hay demanda del Médico, del pediatra, del psicólogo para ir a un domicilio... este... Sí, yo lo puedo hacer... o sea, bueno, creo que las cosas son el equipo también. Más

allá por falta... porque el Promotor pueda estar abocado, hoy por hoy, a otras actividades pero, yo tengo tiempo para hacer las visitas pero si no está el equipo para hacerlo...

C3: Claro, yo digo, yo pienso lo mismo como médica. Digo, sí, yo siento que sí haces solo... sí, hago cada tanto viste...

C1: Sí, sí.

C3: Son visitas, si se le bajo la presión, reviso ¿Viste, esas visitas así? Porque te llamaron justo por eso. Pero digo, ¿para qué voy?... yo... ni programo la visita, si sabes que la vas a hacer vos solo, la mirada va a ser la tuya, después nadie más va.

C1: Sí, tal cual.

C3: No es que si yo lo hago, a los dos días va otro...

C1: Sí, de hecho, puedo cancelar otra actividad para hacerlo. Pero, bueno, pero ¿sola o salir a hacerla a la deriva?

C3: ¿Para qué?

C3: Por ejemplo, lo que me pasa a mí en el indio, en el Indio ha pasado pero hace años, no es que pasa ahora, seguramente ahora están más justificados porque hacen un montón de cosas que no son específicas de agentes sanitarios o Promotores de Salud ¿Si? Yo creo que la esencia del trabajo del Promotor de Salud no está, no lo tiene, no se hace... o sea no se hace porque están encargados de otras cosas para afuera... no es puro, la esencia. Eso también es parte de...

C16: Sí.

C3: Pero, a mí ya me ha pasado, no te digo de ahora -de este año-, hace dos años que la vengo remando, "che, fulanito, fijate no sabes... que me pasó... Habría que ir a ver" "Si, fulanita se hizo todo" ¿Vos fuiste? Así fui yo, no una, ni dos, ni tres, la última fue hace un mes...

C1: Yo ni siquiera tengo eso acá.

C3: No, yo te digo la situación mía de...

C1: Ni siquiera me dicen "che, C1, anda". Pero voy, no tengo problema, es más la...

C3: A mí me pasa al revés.

C20: Está bueno ver que... vos hablas por tu Centro de Salud y vos por tu Centro de Salud.

C1: Desde planificación me dan fichas porque no vienen a retirar las anticonceptivas, las... voy hacer las visitas... y una porque tuvo familia hace dos meses, y la otra... y es mucho más sencillo buscar a la persona por sistema y ver por qué o cuando fue la última atención... y sin embargo, he ido...

C3: Bueno, allá en el Indio unas pocas visitas que hacen...

C1: Pero sí, "toma, fijate por qué", nada más. Y lo hice... pero ni siquiera tengo eso.

C3: Claro, claro. Pero, a mí me pasa al revés. Que yo le he dicho -pero aparte con este tono (amable y casi pidiendo disculpas)- "Che, mira, no te vas a la tarde... che, díganle, por favor a Rosa que sí a la tarde puede ver... porque está"... No tenés que ir a hacer nada, solamente preguntarle como está y cri, cri, cri, cri, cri...

C1: Bueno, yo, ni siquiera eso.

C3: Ni siquiera te dicen te voy a pedir... "che no podes ir, vos sabes que... como está"... la nada. Hace dos años fácil.

C16: Es interesante, está bueno. O sea, estamos viviendo en Trenque Lauquen, en el mismo sistema de Salud, la misma Dirección, la misma Municipalidad, todo lo mismo y sin embargo un Promotor sufre, entre comillas -o siente-, que no hay equipo con el cual pueda trabajar, y otro... [...]. Un Médico lamenta no contar con un Promotor que pueda hacer lo que otro Promotor sí quiere hacer en un mismo... con las mismas reglas de juego. Porque, digamos, no podemos decir que hay diferencias de reglas, la diferencia está en el interior de nosotros.

C7: Fijate que esta persona viene con tal problema y... Yo, a Maca la veo recontra sola... Desde ya, que esto es bastante más chico.

C3: Pero allá también se siente solo el Promotor... ojo.

C7: Pero acá C1 está muy sola, también

C3: ¿No es cierto? Allá, también, se siente solo el Promotor.

C20: Sí.

C7: y el Promotor si no conoce el problema por el profesional, no lo puede adivinar.

C3: O Incluso lo conoce más que yo, entonces, por ahí...

C20: sabes lo que han llegado a hacer mis compañeros Promotores?. Lo que te pasa trabajando en la calle es que, por ahí, te encontrás con respuestas y te encontrás viendo, digamos, situaciones sociales muy complejas y, este.... donde vos no ves respuestas y te ves, a veces, en soledad. Te empezás como a recluir -y hacer la tuya-, y a trabajar para lo que tengo ganas de hacer, digamos... este...

C3: Igual, a mí, nunca me vinieron con un problema te digo así: "Che...". Cuando me dijeron, yo he ido las veces que me han dicho. He hecho, traes, pones, o sea...

C20: Sí. Tampoco, no se trata, de una cuestión de porque vos no vas, sino más que nada de él sintiéndose, ante la política en general de Salud o social, que tienen que poner la cara (NO SE ENTIENDE BIEN).

C16: C1... una cosita más.

C1: Sí, tengo toda la tarde.

C16: Vos por... o sea... por qué vos podés hacer un trabajo que nosotros, que yo no puedo hacer... es decir, vos también trabajas desde hace mucho tiempo, sin embargo vos seguís haciendo un trabajo... tirando línea para trabajar en equipo... buscando asociarte y ¿por qué yo no lo puedo hacer? Te pregunto...

C1: Porque no sé si yo lo estoy buscando... es un desgano general, y yo también estoy un poco desgana, y yo creo que no lo estoy buscando.

C3: General, ¿general de qué?

C1: El desgano del, del trabajo en equipo.

C3: No ves a nadie que promueva un poco más.

C1: No

(6 segundos de SILENCIO)

C16: Como una atmosfera...

C3: ¿Ustedes hacen, acá, reunión de equipo, C1?

C1: No.

C3: Ni siquiera "para decir que hacen" como allá en el Indio.

C1: No.

(RISAS)

C3: En el Indio hubo veces, mira lo que te voy a decir, que se pasaban planillas. "Ay tenemos que hacer la planilla de la reunión de equipo", que habían hecho una en todo el mes, "ah, pongamos esta en tal fecha..."

b) en principio se puede reconocer en todos los participantes cajas de herramientas con convicciones claras de ciertas condiciones necesarias (como el trabajo en equipo), para el trabajo en salud, denotando experiencia y tecnologías blandas que exceden la mirada biomédica;

c) en un CAPS se visibiliza una disputa por las cajas de herramientas de la médica generalista y el promotor de la salud, con procesos de trabajo que no encuentran una finalidad

compartida, y con afecciones del trabajo que agencian de modos muy distintos a la médica generalista C3 y al Promotor de Salud C19;

d) la conversación de C3 desnuda juzgamiento y conflicto entre compañeros, que en el proceso narrativo C3 termina reconociendo, de alguna forma, una situación compartida, “C3: *Pero allá también se siente solo el Promotor... ojo*”;

e) la promotora de la salud (C1), contradice los supuestos grupales que “le priorizan el trabajo”, y que por estar sobrecargada de tareas no puede realizar visitas de atención domiciliaria (más allá de las “administrativas”¹). No las hace porque nadie se lo pide, y finalmente, con desánimo, reconoce que ella tampoco busca el trabajo asociado;

f) para el psicólogo (C20) se realizan visitas domiciliarias principalmente en respuesta a pedidos externos, como del Hospital u otros. Son visitas domiciliarias sin objetivos reflexionados y previstos;

C20: Generalmente, también lo que pasa con las visitas domiciliarias, que lo piden también externamente. De una oficina que dicen “¿porque no van a ver?” Entonces la Trabajadora Social asume esa actividad... como decías vos recién, y suma a los compañeros y se trata de dar atención médica o psicológica. Por ejemplo, del hospital, “fijate tal paciente que fue externado que tiene una situación social”, y... no sé, entró por psiquiatría, entonces bueno, por ahí me dice a mi “vamos y vemos” pero porque es una cuestión que surge externamente... me dijeron... muchas veces les pasa eso. Los Trabajadores Sociales es la que nos da un tipo de trabajo pero siempre externamente. También por esta cuestión de lo programático. O sea, la visita domiciliaria, pensada... o sea “¿a qué vamos? ¿Qué queremos hacer?” (MURMULLO).

C3: Claro por eso... yo, directamente ni...

g) ante el enunciado del investigador C16:

C16: Para la compañera lo comunitario está resaltado en este proyecto institucional. No podemos negar que lo comunitario está resaltado -tiene otras estrategias-, pero está resaltado.

C7: Siiiiii.

El psicólogo C20 analiza el trabajo comunitario como él lo concibe, y la captura que se le hace. Si bien la DSC está pensando en el trabajo comunitario, y lo promueve, para C20 se piensa en el usuario pero no en cómo el trabajador llega al usuario, cuya oferta de cuidado queda limitada por falta de apoyo en el trabajo, sin acompañamiento a ese trabajador;

C20: Sí, sí. Por ahí lo que cambió es que está pensado demasiado el usuario y no como el trabajador llega al usuario. Porque los trabajadores trabajan para

¹ Con visitas domiciliaria “administrativas” se entienden aquellas visitas que se realizan para citar a usuarios al CAPS, principalmente para el cumplimiento de exigencias de Programas.

El trabajo en equipo:

a) se reflexiona sobre las percepciones tan diferenciadas del trabajo en equipo:

C16: Y esta otra cosa que -de alguna forma- simboliza también lo que estuvimos hablando y... o sea, mejor dicho, no simboliza sino que está en la línea con lo que hablamos de los Promotores, hay distintos Promotores en la cabeza de distintas personas. Bueno, acá, se destaca que hay varios CAPS en la cabeza de los trabajadores. Es decir, hay interpretaciones del trabajo muy distintos, y se toma el trabajo de equipo como el indicador. Entonces hay tres rayitas. La primera rayita dice que hay percepciones de trabajo en equipo con satisfacción del trabajo que se realiza. O sea, hay personas que están satisfechas y realizadas y se sienten orgullosos del trabajo que realizan. Hay trabajadores que no perciben el trabajo en equipo como importante, desde el punto... desde un punto de vista pragmático y dicen "no participo porque no se resuelve nada y me atraso en la tarea". O sea, acá, se entrecruza con la sobrecarga de trabajo, sobretodo... esto lo dijo -sobretodo- Enfermería, que... bueno, "los papeles me tapan. Si participo de un espacio de equipo que no logro, que no siento, que se resuelva entonces no le doy importancia. Pero, tampoco pienso que eso es la catástrofe no participar del equipo". Y hay otro grupo, dos por lo menos, tres quizá ehhhh que consideran que "las reuniones de equipo son inventadas, son camufladas" que "se hace que se hace", "hacer que se hace"... Y esta situación de los tres puntos se dio, no solamente en general, con los distintos Centros de Salud sino con trabajadores de un mismo equipo... ¿Cómo se podría explicar esto último?

C3: Y porque es desde una percepción distinta.

C16: Y de que podría depender una percepción distinta? O sea, ¿Por qué en un mismo Centro de Salud hay un trabajador que piensa que ehhhh... que trabaja en equipo, que está muy satisfecho con lo que hace, se siente acompañado y que si no va uno va otro, como me lo han dicho?

C2: Tal cual.

C3: Por eso, en ese caso si puede hablar... (MURMULLO 43:57)... Y fijate, volvete, donde está... más para atrás.

C16: A ver, esperate, déjame... ¿a qué te referís con el antes?

C2: Yo viéndolo de afuera porque ahí sí puedo hablar... puedo... porque tal vez vuelvo... o bueno su mirada de que es trabajar en equipo es poder tener un mínimo de dialogo con alguien. En un sentido superar ese momento de que... de individualidad. Ya creer que tener un diálogo mínimo con alguien más es... para ella es trabajo en equipo.

C16: Puede ser, puede ser...

C2: Porque dicen que "se hace que se hace", que se camufla y además te está hablando de otra mirada ehhhh... Me parece a mí que hay dos posicionamientos.

C20: Sí y creo que también -digamos- que también es pensar qué significa trabajar en equipo.

C2: Por eso.

C20: creo que ahí, también, hay diferentes percepciones o ideas. Porque alguien puede pensar que trabajar en equipo es decirle "anda a mirar a fulano", y piensa y considera, que eso es trabajo en equipo. Y otros consideramos que trabajar en equipo tiene que ver con asumir compromisos compartidos, compartir una... ehhhh... no solamente un diagnóstico, sino compartir una estrategia de algo (RUIDO). Eso significa definir, tener un tiempo determinado para definir que habría que hacer este... de repartir responsabilidades, de evaluar, digamos, el tipo de acciones que se hicieron, volverlas a definir. Se aplica un compromiso, me parece, distinto a decir "bueno, vamos un día y vemos esto". Que me parece que lo que sucede, por lo menos en mi Centro de Salud, es que hay, digamos, acciones esporádicas que no se evalúan, que no se piensan, que no se planifican sino que se dan.

Se hacen pero no se continúan, no se siguen, esteee... y, digamos, se piensa que como se hicieron muchas, de ese tipo de acciones, dicen que eso es trabajar en equipo. En realidad lo que se hizo fue esteee... asociarse para una cuestión "X" y después no seguir trabajando, digamos, esteee...

C2: Por eso, en ese sentido te digo (MURMULLO).

C20: Y, por ahí, esa persona cree que trabaja en equipo porque está trabajando con uno y con otro; pero en realidad son acciones muy esporádicas... digamos, esteee. De un compromiso, podemos decirlo, limitado... En concreto, lo que a mí me ha pasado, es hablar de un caso en particular, yo terminar asumiendo algún tipo de acción y después seguir solo, digamos... entonces... yo no siento que eso sea trabajo en equipo por eso. Es decir "Sebastián hacete cargo de esta situación porque nos enteramos..." y después esteee... ya está. Me parece que eso no es trabajo en equipo. trabajo en equipo -me parece- que tiene que ver más con compartir un diagnóstico, preguntarle al compañero cómo va la cosa después...

C1: Voluntad, sobre todo voluntad, comprometerse y...

C20: En que te puedo... Pensemos juntos como se puede seguir como nos asociamos quien llama a fulano o a mengano para hacer esto o lo otro, repartir responsabilidades esteee... y eso no está pasando.

C16: Y vos... vos C3 ¿conectas bien con la Trabajadora Social?

C3: Sí.

C16: Entonces, por que vos no podés trabajar con ella en equipo... ¿hacer cosas, así?

C3: Y porque capaz estoy más metida allá adentro, capaz. No bueno... no busco tampoco.

C16: Y ¿por qué?

C3: No se... supongo que por lo que decía C20.

C16: ¿Qué?

C3: Que también la concepción del trabajo en equipo del otro. Es lo que dice C20, decirle al otro que haga tal cosa y el otro responde "lo hice, no lo hice, tuve que hacer tal otra". Para mí también la visión de mucho del... del... del trabajo en equipo es esa. Te digo "che, Mary, tengo tal problema" "Ah, sí voy a hablar con Servicio Local, vamos a hacer una carta para tal y voy a ir a hablar", y ya está. No hay intervenciones para... ¿no?

C20: No hay equipo para pensar.

C3: No hay equipo para pensar.

C3: De última vas y le decís "en 15 minutos".

b) la administrativa C2 y el psicólogo C20 encuentran dos posiciones con distintos compromisos por el usuario, y con ello, distintas interpretaciones de satisfacción o no del accionar interdisciplinario, en equipo;

c) más allá del texto precedente analizado, los compañeros C2, C20 y C3 trabajan desde el 2008 en los CAPS, y han compartido una amistad y experiencias de trabajo en equipo desde otro territorio existencial (véase en 'Contexto de Descubrimiento', los subtítulos: 'La apuesta en salud' y 'El contexto subjetivante local'). El autor relaciona estos procesos de subjetividad-subjetivación de la experiencia, con los sentidos que se le encuentra al trabajo. En este esquema, hay una elaboración de territorio posible (en la infinita multiplicidad singularizada que el devenir trae), que depende de la disponibilidad de la experiencia: si se ha participado de trabajo en equipo limitado a un otro (compañero), que escucha y apoya

desde afuera su trabajo, o si se ha participado en experiencias donde *con el otro* se asumen compromisos compartidos, con un sostenimiento mutuo de ese trabajo en el tiempo;

d) para C3, C16 y C20 el trabajo en equipo nunca fue bien aceptado como herramienta de trabajo, ni antes ni ahora;

C20: Si igual, me parece que son pocos los compañeros que están pensando que el trabajo en equipo es mejor que trabajar solo.

C16: Sí, claro.

C20: Porque a nosotros nos pasó, con C3. En nuestro Centro de Salud, hubo una época donde hacíamos reuniones de equipo. Tres éramos -ella, el Promotor y yo-, nadie más y... era el momento donde a nadie se le obligaba a hacer reuniones de equipo. Nosotros las hacíamos porque apostábamos y creíamos en el trabajo en equipo... íbamos tres... entonces, me parece que esto también habla, por lo menos en nuestro Centro de Salud, que hay mucha gente -nuestros compañeros- que no cree en el trabajo en equipo... porque también eso es una condición digamos, en el sentido de decir ehhhh "todo el mundo te enseña que el trabajo en equipo bla, bla, bla", pero también es cierto que muchos no pueden en esa forma de laburo.

e) nuevamente se actualiza un pasado que no deja de *durar* [en el sentido del Bergsonismo (52)]. Se analizan procesos históricos visibilizados como posibles fuentes de afecciones y agenciamientos, en buena parte producidos por la gestión del mismo intendente que impulsó la extensión del primer nivel de atención y la gratuidad de la asistencia a la salud... y que siguen participando en las actualizaciones de lo virtual en los sujetos.

C20: A mí me parece que está bueno esto, como una forma de pensarnos a nosotros. Que nos pasa a nosotros con esto, con lo otro Ehhhh... de hecho, digamos, en un principio, hacíamos esto... en un principio en Salud Comunitaria hacíamos esto de pensarnos y se interpretó eso como amiguismo o catarsis. ¿No?

C16: Ajam.

C20: El intendente de ese momento dijo que estas reuniones, "reunionismo no, catarsis no". Y me parece que eso quedó como una cuestión significativa en el sentido de "reuniones que sean útiles". Por eso vemos, creo... este... que desde el Sector Central, desde Dirección no se marca un tiempo. Recomendación en referencia a... las reuniones de equipo tienen que ser de dos horas. Creo que en algún momento eh... nosotros tuvimos, cuando recién inició Salud Comunitaria -la gestión actual-, se habló de que había que hacer reunión de equipo pero que, a veces, si se charla con dos compañeros con eso alcanza. Yo me acuerdo de eso.

C16: Sí.

C3: Sí.

C20: Me acuerdo de eso en mi Centro de Salud: "La reunión de equipo es importante pero a veces, sino pueden estar todos no importa, que, que lo haga el que quiera" y... que tampoco el tiempo es algo una... "que si resuelven entre dos compañeros la situación, eso puede ser una reunión de equipo válida", me parece que eso quedó.

C3: ¿Te acordas que nos dijeron "las reuniones cuanto más cortas mejor"?

C20: Mejor.

C3: ¿Te acordas?

C20: Y eso hace, a veces a no poder pensarnos, a no poder pensarnos a nosotros, a ver como... estamos trabajando o, digamos, que es importante. Entonces, la urgencia termina siendo lo importante, si es que se termina resolviendo en función de demanda del hospital, lo que demanda. Entonces nunca terminamos de decidir... ¿Será esta la prioridad o la prioridad será lo que nosotros estamos viendo en el consultorio todo el tiempo? La prioridad, por ahí, la define Salud Comunitaria de la Dirección, la define Desarrollo Social, o la define el hospital, o la define "x", ¿no? La dependencia... este... ehhhh...

C16: Lo formado.

C20: Lo formado, lo formado. Entonces, terminamos tratando de priorizar lo que nosotros estamos viendo que es necesario, desde lo particular. Ni pensemos en la cuestiones comunitarias en el sentido de lo prevalente, olvidémonos de eso. Olvidémonos que estamos pensando que en lo que en este barrio sucede es que "hay más viejos" y por eso hay que pensar en comu... comunitariamente. Resolvemos cuestiones de prevalencia de los viejos, o cuestiones de droga o violencia familiar, digamos. No hay objetivo programático, entonces, bueno... también... entonces también al no haber eso, el trabajo en equipo es eso... es lo esporádico de la reunión que es de 40 minutos, o de la "no" reunión, la "no" reunión.

C16: Ehhhh... digamos, estás llevándolo a un plano dónde ehhhh... digamos... ehhhh... como que lo de afuera va a definir la cosa

C20: Pareciera que sí.

C16: Digamos, yo creo que nosotros, algunos trabajadores, estamos eh... heridos... ehhhh... no en el sentido descarnado, pero sí en el sentido que afectados en la subjetividad, digamos. Porque uno, es cierto, ehhhh. De mí puedo decir lo siguiente, digamos, lo que antes estabas concentrado en los pacientes, los usuarios, los problemas de la gente; hoy estoy concentrado más a mi familia, a mis cosas... digamos... el trabajo como el sustento y no el trabajo como la vocación, digamos. Ehhhh y que nos cuesta esto ehhhh mirar un poco para... o sea...

f) para avanzar con el análisis de los objetivos colocados en el hacer de las 'cajas de herramientas', se consideran los aportes de Gastón Campos sobre la existencia de distintos tipos de resultados o finalidades del trabajo en salud (22).

Este autor considera que existen tres grandes objetivos: por un lado se trabaja para el otro: para el usuario, la salud individual y colectiva, la vida que debe prolongarse, el dolor y la muerte que deben evitarse; por otro lado se trabaja para uno mismo: intereses, necesidades y deseos del trabajador, no sólo por lo económico de la propia reproducción y crecimiento, sino también cuestiones subjetivas como la realización profesional, los sentimientos de realización, el reconocimiento del trabajo que cada uno hace; y el tercer tipo de finalidad es la que pone la institución para su propia reproducción, como también la de sus responsables en ella (autoridades).

Según este autor, en el sector público la organización y las finalidades del trabajo responden más a intereses profesionales y políticos institucionales, que a los de los usuarios, que quedan en un segundo plano en cuanto a la finalidad del trabajo;

g) mirado desde C16 (el investigador aconteciendo), sus narrativas expresan su percepción de un cambio de sus finalidades del trabajo: de sus intereses vocacionales a los

de reproducción personal, familiar y material. También debe mencionarse que ese cambio referido coincide con los acontecimientos de junio de 2010 referido en el 'Contexto de Descubrimiento', cuando C16 pasa de Director de Salud Comunitaria a médico del CAPS. Con el cambio de posición, el trabajador cambia el objeto de trabajo y por lo tanto su mirada sobre él;

C16: [...] De mí puedo decir lo siguiente, digamos, lo que antes estaba concentrado en los pacientes, los usuarios, los problemas de la gente; hoy estoy concentrado más a mi familia, a mis cosas... digamos... el trabajo como el sustento y no el trabajo como la vocación, digamos. Ehhhh y que nos cuesta esto ehhhh mirar un poco para... o sea...

h) las dependencias municipales intentan capturar los intereses de los profesionales con los intereses de la institución, pero de un modo que responde a una lógica como la mencionada en el tercer tipo de finalidad, más reproductiva y funcionalista que centrada en las necesidades del usuario:

C16: Pero, lo estas llevando... lo estas llevando... a nivel digamos de... personal. Estamos tratando de hacer análisis del trabajo, ¿no? O sea...

C3: No, porque hay, hay, hay... No, porque tiene que ver... la condición laboral de precariedad, de precariedad laboral que tienen los que no están en "planta permanente", los que tienen bajo sueldo, tienen más posibilidades de ser echados, y los que no, no, "es porque es médico, porque tiene un buen sueldo". Entonces, ¿qué se hace? Se están tratando de equiparar los sueldos, que está bien, pero en pos de que esa gente que está precarizada haga determinadas cosas y deje de hacer otras, y ahí está el quid de la cuestión. Todo el mundo entrega por mejor sueldo y más si estas precarizado -si no sabes si el año que viene te van a contratar-, vas a entregar. Si te dan dos mangos más... y no son dos mangos, los que se entregan para hacer lo que se dice y no hacer otras cosas que habría que hacer, pero que no se dicen que se hacen... eso parece el trabajo también.

C16: Ahora ahí eh... cuando veíamos el usuario, ¿verdad? Porque, también, tenemos que traer a esta... a este análisis, cual es la finalidad del trabajo. O sea, ¿para qué trabajamos, para qué trabajamos?, ¿no? Porque yo no creo que, la Dirección, yo no creo que no tenga objetivos, no tenga programas o no tenga proyectos. Yo creo que sí los tiene...

(MURMULLO)

C16: Y están en la página Web, tienen su proyecto institucional, tienen su distintas estrategias, digamos, otras estrategias, cambiaron las estrategias.

C7: claro, porque creo que los escribieron ustedes a lo que dicen nuestros compañeros.

SI, SI

(RISAS)

C16: Pero después lo cambiaron.

C16: Cambiaron el cómo.

C20: Cambiaron el cómo.

C16: Cambiaron el cómo. Pero... o sea... ¿Cuál es la finalidad?... porque ¿la finalidad debe ser la misma?

(SILENCIO 4 SEGUNDOS)

C20: No lo sé.

C16: ¿No es la misma? ¿Qué piensan?

SILENCIO DE 5 SEGUNDOS.

C16: ¿Cuál es la finalidad nuestra?, ¿la tuya, tuya, tuya, mía? ¿Cuál es la finalidad del trabajo?... ¿cuál es la finalidad del trabajo tuyo?, por ejemplo...

C7: Yo siempre dije que para estar... trabajando en este lugar, uno tiene que tener alma de comunitario (4 SEGUNDOS SILENCIO). Yo me doy cuenta que soy una persona que me cuesta muchísimo involucrarme con la gente... yo limpio allá, y cuando empieza a caer la gente, me vengo para acá. Estoy acá cuando... a mí me cuesta relacionarme con la gente. Yo no sirvo para esto, para este lugar. Yo me doy cuenta que si uno no tiene alma de involucrase con... no sirve. Yo es como que vengo, limpio, me voy y ya está, yo cumplí con mi tarea. Yo, a la DSC, no le sirvo para lo que ella quiere. Cuando yo me enojo que en los otros Centros no se limpia y acá sí. Pero, a ella, le importa más la otra parte que la limpieza. Yo siempre digo eso. Yo no le sirvo. No le sirvo.

C16: Para la compañera lo comunitario está resaltado en este proyecto institucional. No podemos negar que lo comunitario está resaltado -tiene otras estrategias-, pero está resaltado.

C7: Siiiiii.

C16: Viene toda una... O sea, hay una secuencia, hay una secuencia... que se puede, digamos, observar, digamos... Ehhhh se incorporaron, se incorporaron Promotores.

C20: Sí, sí. Por ahí lo que cambió es que está pensado demasiado el usuario y no cómo el trabajador llega al usuario. Porque los trabajadores trabajan para el usuario, al menos algunos, ¿no? Eh... pero no está pensada la apoyatura para ese Trabajador. Entonces, por ejemplo, ehhhh... no se piensa que las reuniones de equipo deban ser obligatorias, para ver cómo el trabajador mejora el trabajo comunitario. Entonces sí, se hace trabajo comunitario, este... pero... no se piensa esteee, no se les da recursos para planificar ese trabajo comunitario, para evaluar ese trabajo comunitario... este... No, no, eso no está, digamos. ¿Cómo se apoya, sostiene a ese trabajador donde...? este... ¿cómo se lo acompaña?, digamos esteee. Es decir hay trabajo hacia el usuario, o hacia lo comunitario pero, no se está pensando cómo se sostiene a ese trabajador que tiene una demanda Ehhhh... del usuario que le pide "ya", digamos. No se sostiene a ese trabajador para que pueda ehhhh, por ejemplo, capacitarse. Nos pasó, por ejemplo, a nosotros en el PRAM. Había un día que había una capacitación y un grupo quería ir pero, como teníamos el PRAM, la prioridad era el PRAM y no la capacitación. Entonces, me parece, que eso da un ejemplo de, digamos, qué soporte se le da al trabajador para que pueda mejorar su relación con el usuario, para que pueda enriquecer su formación... ehhhh.

C3: (RUIDO) digamos, el que prioriza la actividad, no es Salud Comunitaria. Como vos dijiste, el que prioriza no es... La prioridad no es la propia, la real necesidad de la gente, sino la necesidad de la institución o las instituciones que están (NO SE ENTIENDE), esa, esa priorización que se le da a lo institucional, digamos es como... No importa el problema, la gente no importa.

C20: Claro

C3: Esa, esa priorización que se le da a la institucional, no importa el problema que tiene... porque la gente realmente, no importa; sino a lo que la institución ve como problema. La propia institución tiene la necesidad de justificar, entrar... Ponele, el organizador, el centro el que organiza el centro de organización profesional institucional de Salud Comunitaria, es el dinero. Porque, Salud Comunitaria recibe partidas de dinero de distintos programas que a su vez tienen que ser justificados por tareas comunitarias. Porque, desde otros niveles de gestión, se está buscando eso realmente.

C20: Claro, Claro.

C3: Entonces, llega la partida de comedores comunitarios, para que se trabaje en comunidad; la partida del Plan Nacer, para que se trabaje en comunidad; PROSANE, para salir a las escuelas. Entonces, la necesidad de Salud Comunitaria, es responder a... justificar esa entrada de dinero. No

importa cómo. Por eso, tenés médicos ¿no?, tenés comunitarios que reciben una beca de comunitarios, acá. Muy bueno pero, aunque sea, me tenés que justificar esas horas con “comunidad” porque van a venir a auditar y vos tenés que decir que, tenés que decir algo, el Comunitario. Entonces, por obligación, “bueno voy”, por decir algo, “al PRAM”, así justifico mis horas comunitarias y puedo recibir esa beca. Y, a su vez, el Municipio recibe la plata de Nación para pagar esas becas y pagar otros sueldos municipales. Entonces, para mí, lo que organiza la institución es el dinero y las necesidades... a partir de ahí, las necesidades institucionales. No es la necesidad de la gente lo que está organizando Salud Comunitaria. Por eso, se le da sí prioridad a lo comunitario, está buenísimo. Pero ¿a partir de qué se le da lo comunitario?, ¿por la necesidad de la gente? No. Es de la institución. ¿Algo así sería, no?

C20: Si, lo único... lo único.

C3: El dinero es lo que organiza, lo único que organiza esto... sí, yo...

C20: De hecho, digamos, casi todos los programas de Salud Comunitaria son programas o Nacionales o Provinciales. El único programa local es el “PRAM” y “Trenque Lauquen en Movimiento”, digamos... este... Y yo no sé... de hecho, digamos, el PRAM hizo una demanda a principio de año de reconocimiento de la tarea comunitaria junto a un equipo que define este... la diferencia... este... de la labor con el resto de las dependencias, este... y hasta ahora, digamos, no ha habido... si ha habido digamos, en el recibo de sueldo hay un apartado que dice, creo, tareas comunitarias o lo que sea... Pero, digamos, a nivel de dinero, no es una diferencia con el tipo de atención en el consultorio y demás. Lo que debiera ser, justamente, lo que define la diferencia de labor entre una persona que trabaja en Salud Comunitaria y la que no, este... no termina siendo un reconocimiento económico, por ejemplo, eh... o por ejemplo, no sé. Los reconocimientos que han sido sino a la atención primaria de la salud, no han sido abiertos a todos los trabajadores. Sino a aquellos que esteee... tienen una beca comunitaria o los que se dedican a una tarea comunitaria pero, no todos. Este... digamos, y como dice C3, sí hay, hay como una cuestión de eh... trabajan más aquellos que, o son nuevos -porque esteee entraron en la gestión actual-, o trabajan más porque tienen algún tipo de obligación laboral, como la beca, digamos, ¿no? Este... pero después el resto queda como en una isla, ¿no? Esteee... sí queda como en una isla.

(9 SEGUNDOS SILENCIO)

i) en las narrativas de C3 puede visibilizarse un territorio desde donde le disputa duramente el sentido eticopolítico de la caja de herramientas a la DSC que utiliza la coerción de los trabajadores en situación de precariedad laboral y el estímulo económico, para agenciar el trabajo. Para C3 las finalidades del trabajo de la DSC no está dirigidas al usuario sino a su propia reproducción;

C3 Esa, esa priorización que se da, a la institucional, no importa el problema que tiene... porque la gente, realmente no importa; sino a lo que la institución ve como problema. La propia institución tiene la necesidad de justificar [...] el centro de organización profesional institucional de Salud Comunitaria, es el dinero. Porque Salud Comunitaria recibe partidas de dinero de distintos programas que a su vez tienen que ser justificados por tareas comunitarias [...].

C3: [...] Entonces, ¿qué se hace? Se están tratando de equiparar los sueldos, que está bien, pero en pos de que esa gente que está precarizada haga

determinadas cosas y deje de hacer otras y ahí está el quid de la cuestión. Todo el mundo entrega por mejor sueldo y más si estas precarizado -si no sabes si el año que viene te van a contratar-, vas a entregar. Si te dan dos mangos más... y no son dos mangos, los que se entregan para hacer lo que se dice y no hacer otras cosas que habría que hacer, pero que no se dicen que se hacen... eso parece el trabajo también.

j) C3 trae lo económico como herramienta de captura de las formas del trabajo, ya que mucho de ese trabajo en equipo se produce por indicación de la DSC, y con un reconocimiento económico de la actividad (reuniones de equipo), lo que constituye una implicación en los agenciamientos por los cuales las reuniones de equipo, más que ser convocadas por necesidades de los procesos de trabajo, tienen la finalidad de sumar “horas extras” al salario municipal. En este sentido C3 identifica la situación de aquellos trabajadores que no se encuentran en la planta permanente del municipio, con una precariedad laboral que les impide confrontar con la autoridad, exigidos a *no hacer* cuestiones que saben que tienen que hacer (y en cierta medida hacen);

*C3: [...] Si te dan dos mangos más... y no son dos mangos, los que se entregan para hacer lo que se dice y **no hacer otras cosas que habría que hacer**, pero que no se dicen que se hacen... eso parece el trabajo también.*

En la próxima variable se analizan las sobreimplicaciones psicológicas de C3 con la gestión actual, que la lleva a relacionar linealmente que les pagan (con distintas formas de trabajos extras), para hacer lo que les piden, y para no hacer lo que tienen que hacer. Se resalta en negrita el sentido antagónico, como percepciones y expresiones antiproductivas construidas por C3, que luego termina diciendo “*que no se dicen pero que se hacen*”.

k) C3 describe el trabajo en equipo trayendo un caso del pasado, visibilizando de este modo procesos de ‘trabajo en equipo’, muy distintos a la situación actual.

Narra los cuidados que se realizaban desde un territorio existencial muy comprometido, comparando las reuniones de equipo “de antes”, con las “de ahora”. Con una subjetividad muy capturada construye un analizador temporal del trabajo en equipo: un antes y después de los acontecimientos de junio de 2010.

C3: Era un chico que tenía cáncer...cáncer de cerebro me parece... no era paciente de la sala. Pero todas las semanas se iba de a dos, no es que estaba programado “lunes: fulanito, martes: menganito”... pero siempre, por lo menos tres veces, siempre... por semana, a veces, o cuatro. Iban dos, al otro día iban dos, pero se anotaba en una planillita se hizo tal visita, “al hombre le pasaba tal cosa, tiene tal...”, se hizo por un mes, dos meses, eso... se hablaba...

C20: Y hablábamos con la mujer de él, hablábamos con la madre de él.

C3: Claro, eso no se hizo más, no se hizo más. Eso que yo no participe y yo no te digo como un logro mío porque yo no estaba, yo estaba de licencia, y

me enteré después. Yo me enteré después y cuando leí, viste, las evoluciones. Esto me pareció... me parece a mí... lo más... si se trabajó o no se trabajó, y nos reuníamos. Yo participe en las últimas dos reuniones, en este caso, pero no conocí al chico -ni nada- pero, estaban las evoluciones de las reuniones. Todas las semanas se hablaba de eso también... Y eso pasó por dos meses pero ya...

C20: y eran reuniones de dos horas. Donde hasta, hasta, te ibas metiendo... parecía que no se te iba más la hora. Hoy, lo que les pasa a muchos trabajadores compañeros, es que llegan las 12 y miramos el reloj.

C3: ¡No! Menos veinte, a las menos veinte miramos.

C20: Sí, y ya nos tenemos que ir. Eso marca, también, una predisposición al laburo y al compromiso, o a las ganas de estar ahí. Por eso, creo, que lo que dice C3 del camuflaje tiene que ver un poco con eso. "Lo hacemos porque nos piden que hay que hacerlo". Pero, realmente, en el fondo... si yo tuviera ganas de charlar, de comprometerme en el laburo, de ver cómo podemos hacer, me quedo. Me quedo una hora y media, porque me voy metiendo, me voy metiendo y bueno... se pasa la hora. Es inevitable que se pase la hora hablando de un... de una... porque, aparte, había reuniones que hablábamos de dos o tres familias. Ahora es de una... de un caso particular este... Y nada más y hasta ahí, no es que 40 minutos...

10.6.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

De los encuentros del trabajo, el primero que tenemos que considerar es el de la Directora de Salud Comunitaria (su 'cuerpo sin órganos'), con los trabajadores. Estos encuentros se producen -en alguna medida-, en todos los trabajadores. Sin embargo, mirando la "red de pedidos y compromisos", confirmamos que la Directora se ha comunicado directamente con cinco de los diez trabajadores participantes de ese taller. De las seis disciplinas presentes, esa semana no tuvo conexiones con Enfermería, Medicina General y Psicología; y sí se comunicó con Promoción de la salud, Administración y Trabajo Social, tres disciplinas que tienen en común funciones administrativas importantes, de las cuales una buena parte está relacionada con la generación y el envío de información al municipio. Ya fue analizado en la UA N° 1 y 3 que la información procedente de las prestaciones asistenciales son muy reconocidas y valoradas por la organización del CAPS, aunque parece ser más por su valor económico que epidemiológico.

Cabe destacar en este esquema que es principalmente a través de Administración que el proyecto y las reglas de la institución llegan al resto de los trabajadores, configurando un puesto laboral muy tensionado, con encuentros intensos.

Más allá de la multifunción de Administración (analizada en la UA N° 3), en el plano de las 'redes de poder' las administrativas están tensionadas por fuerzas que las agencian en tres tipos de encuentros:

- a) con los profesionales y trabajadores (con sus intereses, necesidades y deseos);
- b) con los usuarios que demandan atención con problemas complejos (que a veces piden atención ¡ya! y configuran *encuentros tristes*, que también afectaron a C20, C3 y C23);
- c) con el 'cuerpo sin órganos' de la Directora, mediante las reglas que la autoridad institucional va poniendo (con sus finalidades reproductivas y de cuidado, como ya se ha analizado).

También se puede analizar un encuentro particular, el del 'cuerpo sin órganos' de la Directora, con C3, C2, C16 y C20, y en menor medida con C1. Todos compañeros que trabajan desde antes de los acontecimientos de junio de 2010.

En las representaciones de esos trabajadores la autoridad actual está muy asociada con la producción de un presente, muy lamentado y que en ellos, parece encontrarse con un pasado que sigue *durando* (52), y generando *afecciones*.

Este taller está marcado por la participación de trabajadores cuyas narrativas traen el pasado en reiterados pasajes, y lo hacen desde una queja que les impide verse a sí mismos en este presente;

C3: Claro, eso no se hizo más, no se hizo más. Eso que yo no participe y yo no te digo como un logro mío porque yo no estaba, yo estaba de licencia, y me enteré después. Yo me enteré después y cuando leí, viste, las evoluciones. Esto me pareció... me parece a mí... lo más... si se trabajó, ¿o no se trabajó?, y nos reuníamos. Yo participe en las últimas dos reuniones, en este caso, pero no conocí al chico -ni nada- pero, estaban las evoluciones de las reuniones. Todas las semanas se hablaba de eso también... Y eso pasó por dos meses pero ya...

C20: y eran reuniones de dos horas. Donde hasta, hasta, te ibas metiendo... parecía que no se te iba más la hora. Hoy, lo que les pasa a muchos trabajadores compañeros, es que llegan las 12 y miramos el reloj.

C3: ¡No! Menos veinte, a las menos veinte miramos.

C20: Sí, y ya nos tenemos que ir. Eso marca, también, una predisposición al laburo y al compromiso, o a las ganas de estar ahí. Por eso, creo, que lo que dice C3 del camuflaje tiene que ver un poco con eso. "Lo hacemos porque nos piden que hay que hacerlo". Pero, realmente, en el fondo... si yo tuviera ganas de charlar, de comprometerme en el laburo, de ver cómo podemos hacer, me quedo. Me quedo una hora y media, porque me voy metiendo, me voy metiendo y bueno... se pasa la hora. Es inevitable que se pase la hora hablando de un... de una... porque, aparte, había reuniones que hablábamos de dos o tres familias. Ahora es de una... de un caso particular este... Y nada más y hasta ahí, no es que 40 minutos...

C20: Sí, nos pasaron muchas cosas, no es que... tenemos una historia... Nosotros empezamos, incluso, trabajando en ese Centro de Salud, en una reunión de equipo, donde éramos unas 12 personas en esa reunión de

equipo. Y empezamos planteando... o tratando de corregir el trabajo de una compañera, esteee... apareció un conflicto, me acuerdo, me acuerdo, que empezamos así, ya planteando conflictos en la forma de trabajo de compañeros. Y entre todos empezamos como a... bueno nada... digamos, definir que hace uno, que hace otro, como deberíamos trabajar esteee... y eso fue una dinámica, en un principio, de trabajo digamos este... Justamente tratamos de ver entre todos este... situaciones, de forma de trabajo de uno, del otro, donde había apertura para decir "che, me parece que acá, no sé si es el mejor camino. Capaz que haciendo lo que estás haciendo capaz que...". Había una posibilidad de, de plantear estas cuestiones... este... y como dice Cristina, eso se fue, también, perdiendo, digamos.

C20: Sí, sí. Por ahí lo que cambió es que se está pensado demasiado el usuario y no cómo el trabajador llega al usuario. Porque los trabajadores trabajan para el usuario, al menos algunos, ¿no? Eh... pero no está pensada la apoyatura para ese trabajador. Entonces, por ejemplo, eh... no se piensa que las reuniones de equipo deban ser obligatorias, para ver cómo el trabajador mejora el trabajo comunitario. Entonces sí, se hace trabajo comunitario, este... pero... no se piensa esteee, no se les da recursos para planificar ese trabajo comunitario, para evaluar ese trabajo comunitario, esteee... no, no, eso no está, digamos. Como se apoya, sostiene a ese trabajador, ¿dónde...? este... ¿cómo se lo acompaña?, digamos esteee. Es decir hay trabajo hacia el usuario, o hacia lo comunitario pero, no se está pensando cómo se sostiene a ese trabajador que tiene una demanda eh... del usuario, que le pide ya, digamos. No se sostiene a ese trabajador para que pueda eh... por ejemplo, capacitarse. Nos pasó, por ejemplo, a nosotros en el PRAM. Había un día que había una capacitación y un grupo quería ir pero, como teníamos el PRAM, la prioridad era el PRAM y no la capacitación. Entonces, me parece, que eso da un ejemplo de, digamos, qué soporte se le da al trabajador para que pueda mejorar su relación con el usuario, para que pueda enriquecer su formación... eh...

Resurgen intensas narrativas asociadas al "trabajo en equipo", el cual funciona como un buen analizador natural de las relaciones micropolíticas que los trabajadores establecen con su trabajo asociado, y en particular de sus percepciones relacionadas a cambios en las condiciones del trabajo.

Las preguntas del investigador C16 acontecen y agencian a algunos de los participantes, que reflexionan sobre las ideas que se tienen del trabajo en equipo;

C3: Y porque es desde una percepción distinta.

C16: ¿Y de qué podría depender una percepción distinta? O sea, ¿por qué en un mismo Centro de Salud hay un trabajador que piensa que eh... que trabaja en equipo, que está muy satisfecho con lo que hace, se siente acompañado y que si no va uno va otro, como lo han dicho

C20: Y, por ahí, esa persona cree que trabaja en equipo porque está trabajando con uno y con otro; pero en realidad son acciones muy esporádicas... digamos, esteee. De un compromiso, podemos decirlo, limitado... En concreto, lo que a mí me ha pasado, es hablar de un caso en particular, yo terminar asumiendo algún tipo de acción y después seguir solo, digamos... entonces... yo no siento que eso sea trabajo en equipo por eso. Es decir "Sebastián hacete cargo de esta situación porque nos enteramos..."

y después esteee... ya está. Me parece que eso no es trabajo en equipo. Trabajo en equipo -me parece-, que tiene que ver más con compartir un diagnóstico, preguntarle al compañero cómo va la cosa después...

C1: Voluntad, sobre todo voluntad, comprometerse y...

C20: En que te puedo... pensemos juntos como se puede seguir, como nos asociamos, quien llama a fulano o a mengano para hacer esto o lo otro, repartir responsabilidades esteee... y eso no está pasando.

C20 y C1 Identifican como variables claves del trabajo en equipo el tipo de compromiso que se asume con el trabajo con otros (con el usuario y con los propios compañeros de equipo), encontrando:

a) una actitud de asumir compromisos compartidos, compartir la construcción de una estrategia y seguir trabajando el caso con actitudes activas, comunicándose con sus compañeros para conocer cómo van los procesos de trabajo planteados con el caso, o;

b) una actitud de compromiso limitado, donde trabajar en equipo es poder tener un mínimo diálogo con alguien, o asociarse por una cuestión x y después no seguir trabajando. Un ejemplo es, un encuentro entre compañeros como una adjudicación de responsabilidades sobre un caso que le corresponde por su núcleo profesional específico, luego queda solo en el proceso de intervención.

Para C20 y C3 lo que está pasando hoy en el equipo es la segunda posibilidad.

C2 y C20 corren el eje de análisis, desde el “compromiso” asumido por el trabajador, al plano de las concepciones y significados que cada uno le atribuye al trabajo en equipo, cuestiones que generan miradas y posicionamientos diferentes con el trabajo asociado;

C16: A ver, esperáte, dejáme... ¿a qué te referís con el antes?

C2: Yo viéndolo de afuera porque ahí sí puedo hablar... puedo... porque tal vez vuelvo... o bueno su mirada de que es trabajar en equipo es poder tener un mínimo de dialogo con alguien. En un sentido superar ese momento de que... de individualidad. Ya creer que tener un diálogo mínimo con alguien más es... para ella es trabajo en equipo.

C16: Puede ser, puede ser...

C2: Porque dicen que “se hace que se hace”, que se camufla y además te está hablando de otra mirada ehhhh... Me parece a mí que hay dos posicionamientos.

C20: Sí y creo que también -digamos- que también es pensar qué significa trabajar en equipo.

C2: Por eso.

C20: creo que ahí, también, hay diferentes percepciones o ideas. Porque alguien puede pensar que trabajar en equipo es decirle “anda a mirar a fulano”, y piensa y considera, que eso es trabajo en equipo. Y otros consideramos que trabajar en equipo tiene que ver con asumir compromisos compartidos, compartir una... ehhhh... no solamente un diagnóstico, sino compartir una estrategia de algo (RUIDO). Eso significa definir, tener un tiempo determinado para definir que habría que hacer este... de repartir

responsabilidades, de evaluar, digamos, el tipo de acciones que se hicieron, volverlas a definir. Se aplica un compromiso, me parece, distinto a decir "bueno, vamos un día y vemos esto". Que me parece que lo que sucede, por lo menos en mi Centro de Salud, es que hay, digamos, acciones esporádicas que no se evalúan, que no se piensan, que no se planifican sino que se dan. Se hacen pero no se continúan, no se siguen, esteee... y, digamos, se piensa que como se hicieron muchas, de ese tipo de acciones, dicen que eso es trabajar en equipo. En realidad lo que se hizo fue esteee... asociarse para una cuestión "X" y después no seguir trabajando, digamos, esteee... C2: Por eso, en ese sentido te digo (MURMULLO 46:39).

Las diferentes miradas pueden relacionarse con las experiencias del trabajo en equipo que cada uno ha experimentado, ya que según las modalidades vivenciadas, también será la imagen que se tiene construida, del trabajo en equipo (con la disponibilidad de la experiencia).

Aquellos compañeros que trabajaron en los CAPS desde antes de los acontecimientos de junio de 2010, y que hoy continúan trabajando en ellos (C20, C3 y C16), traen con sus narrativas su percepción del cambio que se ha producido en el trabajo en equipo. Este cambio en el tiempo funciona como analizador natural de los conflictos del trabajo, y las subjetividades inscriptas en ellos.

En este punto es interesante hacer notar que este analizador (antes / ahora), aporta a la vigilancia epistemológica respecto a los supuestos del investigador en la construcción del problema.

Los trabajadores identifican un antes y un ahora en las siguientes cuestiones:

- a) el trabajo en equipo antes duraba 2 horas, ahora 40 minutos (C20);
- b) las conversaciones sobre los casos, antes te llevaba a "irte metiendo" y la hora pasaba rápidamente, ahora miramos el reloj cuando se acerca la hora de la salida laboral (C20 y C3);
- c) antes se trabajaba con dos o tres familias en cada reunión, ahora un caso particular (C20);
- d) para C20 y C3 antes se buscaba el trabajo en equipo, ahora no. Entonces *"era el momento en que a nadie se le obligaba a hacer reuniones de equipo [...] íbamos tres"*, cuestión que lleva a reflexionar sobre la real intensión de trabajar en equipo, ya que *"hay mucha gente -nuestros compañeros-, que no cree en el trabajo en equipo"*, y también que *"muchos no pueden en esa forma de laburo"*. Estas narrativas revelan que para C3 y C20 ni antes ni ahora el trabajo en equipo fue muy practicado por los trabajadores (apreciaciones que alcanzan a tres CAPS);
- e) antes la reunión de equipo tenían una dinámica horizontal que permitía plantear críticas constructivas del trabajo de otro, de las formas de trabajo *"C20: [...] y como dice C3, eso se fue, también, perdiendo, digamos"*;

f) antes en las reuniones de equipo los trabajadores se pensaban a sí mismos (C20, C3 y C16). El proceso histórico produjo en los trabajadores agenciamientos subjetivos (*encuentros tristes*), entre los que se encuentran las enunciaciones del Intendente municipal, tratando al trabajo en equipo peyorativamente, llamándolo “reunionismo”;

C20: A mí me parece que está bueno esto, como una forma de pensarnos nosotros. Que nos pasa a nosotros con esto, con lo otro eh... de hecho, digamos, en un principio, hacíamos esto... en un principio en Salud Comunitaria hacíamos esto de pensarnos y se interpretó eso como amiguismo o catarsis. ¿No?

C16: Ajam.

C20: El intendente de ese momento dijo que estas reuniones, “reunionismo no, catarsis no”. Y me parece que eso quedó como una cuestión significativa en el sentido de “reuniones que sean útiles”. Por eso vemos, creo...este...que desde el Sector Central desde Dirección no se marca un tiempo. Recomendación en referencia a... las reuniones de equipo tienen que ser de 2 horas. Creo que en algún momento eh...nosotros tuvimos, cuando recién inició Salud Comunitaria, - la gestión actual, - se habló de que había que hacer reunión de equipo pero que, a veces, si se charla con dos compañeros con eso alcanza. Yo me acuerdo de eso.

C16: Sí.

C3: Sí.

C20: Me acuerdo de eso en mi Centro de Salud. “La reunión de equipo es importante pero a veces, sino pueden estar todos no importa, que, que lo haga el que quiera” y... que tampoco el tiempo es algo, una...” que “si resuelven entre dos compañeros la situación, eso puede ser una reunión de equipo válida” me parece que eso quedó.

C3: ¿Te acordas que nos dijeron “las reuniones cuanto más cortas mejor”?

C20: Mejor.

g) ahora las reuniones de equipo son muchas veces impulsadas por necesidades de responder a sectores externos. En la queja se responsabiliza a la DSC y a otros sectores, por la imposición de las prioridades del trabajo, en función de la urgencia de esos sectores.

C20 analiza que las visitas domiciliarias son en gran medida pedidas desde sectores externos y no tanto por iniciativa del trabajo cotidiano del CAPS, lo cual implica comprometerse con una oficina que dice “*por qué no van a ver*”, o “*fíjate tal paciente que fue externado, que tiene una situación social*”, compromiso que asume (por ejemplo), la trabajadora social como actividad de su campo de prácticas, sin una planificación interdisciplinaria, para luego sumar a otros para actuar, como el médico o el psicólogo, a veces con visitas domiciliarias. “*O sea, la visita domiciliaria, pensada... o sea ¿a qué vamos?, ¿qué queremos hacer?*”. Entonces, las prioridades que se plantean como casos para el trabajo en equipo las determinan los pedidos del hospital, de la DSC o de la Secretaría de Desarrollo Humano, quedando los casos clínicos de los procesos cotidianos del trabajo priorizados desde el espacio particular, disciplinar. Como si las dependencias formales capturaran el espacio de priorización con criterios no sentidos por los trabajadores;

C20: *Y eso hace, a veces a no poder pensarnos, a no poder pensarnos a nosotros, a ver como... estamos trabajando o, digamos, que es importante. Entonces, la urgencia termina siendo lo importante, si es que se termina resolviendo en función de demanda del hospital, lo que demanda. Entonces nunca terminamos de decidir... ¿Será esta la prioridad o la prioridad será lo que nosotros estamos viendo en el consultorio todo el tiempo? La prioridad, por ahí, la define Salud Comunitaria de la Dirección, la define Desarrollo Social, o la define el hospital, o la define "x", ¿no? La dependencia... este... ehhhh...*

C16: *Lo formado.*

C20: *Lo formado, lo formado. Entonces, terminamos tratando de priorizar lo que nosotros estamos viendo que es necesario, desde lo particular. Ni pensemos en la cuestiones comunitarias en el sentido de lo prevalente, olvidémonos de eso. Olvidémonos que estamos pensando que en lo que en este barrio sucede es que "hay más viejos" y por eso hay que pensar en comu... comunitariamente. Resolvemos cuestiones de prevalencia de los viejos, o cuestiones de droga o violencia familiar, digamos. No hay objetivo programático, entonces, bueno... también... entonces también al no haber eso, el trabajo en equipo es eso... es lo esporádico de la reunión que es de 40 minutos, o de la "no" reunión, la "no" reunión.*

C3: *Esa, esa priorización que se le da a lo institucional, no importa el problema que tiene... porque la gente realmente, no importa; sino a lo que la institución ve como problema. La propia institución tiene la necesidad de justificar, entrar... Ponele, el organizador, el centro el que organiza el centro de organización profesional institucional de Salud Comunitaria, es el dinero. Porque, Salud Comunitaria, recibe partidas de dinero de distintos programas que a su vez tienen que ser justificados por tareas comunitarias. Porque, desde otros niveles de gestión, se está buscando eso realmente.*

C20: *Claro, claro.*

C3: *Entonces, llega la partida de comedores comunitarios, para que se trabaje en comunidad; la partida del Plan Nacer, para que se trabaje en comunidad; PROSANE, para salir a las escuelas. Entonces, la necesidad de Salud Comunitaria, es responder a... justificar esa entrada de dinero. No importa cómo. Por eso, tenés médicos ¿no?, tenés comunitarios que reciben una beca de comunitarios, acá. Muy bueno pero, aunque sea, me tenés que justificar esas horas con Comunidad porque van a venir a auditar y vos tenés que decir que, tenés que decir algo, el comunitario. Entonces, por obligación, "bueno voy ", por decir algo, "al PRAM", así justifico mis horas comunitarias y puedo recibir esa beca. Y, a su vez, el Municipio recibe la plata de Nación para pagar esas becas y pagar otros sueldos municipales. Entonces, para mí, lo que organiza la institución es el dinero y las necesidades... A partir de ahí, las necesidades institucionales. No es la necesidad de la gente lo que está organizando Salud Comunitaria. Por eso, se le da sí prioridad a lo comunitario, está buenísimo. Pero ¿a partir de que se le da lo prioridad a lo comunitario?, ¿por la necesidad de la gente? No. Es de la institución. Algo así sería, ¿no?*

C20: *Si, lo único... lo único.*

C3: *El dinero es lo que organiza, lo único que organiza esto... sí, yo...*

Para C3 la captura de los procesos de trabajo que realiza la DSC es principalmente por sus implicaciones y necesidades económicas, dándole al dinero un estatus de "el organizador del CAPS". Esta idea de C3 está en sintonía con lo analizado en la UA N° 1 y 3, respecto a la fuerza de lo administrativo (relacionado a la producción y transmisión de información con valor económico);

h) antes el equipo tenía una cohesión mayor, con acciones grupales para defender causas y compañeros;

C20: No, eh... y nosotros en nuestro Centro teníamos una dinámica de acuerdos, de acuerdos grupales. Nosotros, ante una situación hacia compañeros, tenemos hasta una manera de defendernos, de defendernos. Hacíamos, hasta a veces -hemos llegado a hacer-, hasta notas de defensa por ahí de un sector al compañero este... y hemos tenido cruces, por otra cuestión, como grupo. Pero pasó un momento, digamos, que el grupo, se fue como quebrando esteee... se fue como dividiendo y, y, y esa fragmentación se sufre, digamos, a la hora de la reunión de equipo, digamos, ¿no? Porque esas cuestiones dejaron de hablarse, dejaron de plantearse, cada uno resuelve por su cuenta su situación, ehhhh. Cuando por ahí -antes-, la dinámica era: "bueno, hablemos de estas cosas también y hablemos de como tener una relación con la Directora". De hecho, a veces convocábamos a la Directora de cuestiones que salían de la reunión de equipo y, obviamente, eso también se fue perdiendo, ¿no? Este... se dejaron... dejó de haber, también, acuerdos grupales en cuanto a la forma de trabajo, en cuanto a cómo trabajar más cómodamente. O sea, que nosotros también, tuvimos una experiencia en cuanto a reuniones de equipo para -no solamente hablar de casos- sino también para hablar de condiciones de trabajo. No hablando de sueldo, sino hablando de "si nos imponen esto, por ahí nosotros podemos decir esto otro", este... ehhhh... o si vemos que "para este caso necesitamos el apoyo de la Dirección, bueno la convocamos", y eso pasaba también digamos... y de un momento para el otro hay que ver que nos, que es lo que fue pasando. Pero, de un momento para el otro, eso se fue perdiendo. Terminó la reunión de equipo y se perdió la cohesión de grupo o la fuerza de grupo, para, para, para pelear algunos cuestiones y defender otras.

El encuentro de la médica C3 con el 'cuerpo sin órganos' de la autoridad continúa, cuando recuerda algunas situaciones conflictivas vividas por los compañeros con la Directora, cuestiones que le generan expresividades territoriales fascistas con sus propios compañeros.

Las relaciones del proceso productivo se dejan observar por un momento: el territorio subjetivo de la C3 no puede perdonar, ni a su "jefe", ni a sus compañeros, por "ovejas"². Les reclama no haber defendido la manera como se venía trabajando; y también dejar de defender en grupo a los propios compañeros, como se venía haciendo "antes", de los acontecimientos que rodearon el cambio de gestión en junio de 2010.

En esta línea está la proscripción de la Pomada de Caléndula, que se hacía en talleres de las huertas con plantas medicinales, y el conflicto con una obstétrica de Planificación Familiar, a la cual la DSC defendió por más justa que fuera la causa de C3, afectada por las conductas de la obstétrica, expresivas de una la captura casi total del cuidado por el 'sistema de productividad'³

² Concepto popular y calificativo despectivo referido a una actitud pasiva, no reactiva ante las injusticias. Nos recuerda a los 'sujetos seriales' de Sartre

³ El 'sistema de productividad' fue analizado en la UA N° 1.

Esta última parte está apenas expresada en las narrativas de C3, sin embargo es un supuesto pragmático e histórico del investigador, quien comparte con C3 la familia (es la esposa del investigador), y esta lectura de la realidad.

¿Hay sobreimplicaciones operando en el investigador (C16)?: por supuesto, y en parte compartidas con C3. Son médicos generalistas los dos, a ambos la Directora de Salud Comunitaria les produjo una reducción administrativa de su campo disciplinar, dándoles exclusividad sobre la Planificación Familiar a dos obstétricas;

C3: Si, y otra cosa que pasa es que se sacó las ganas -para mí- de poder hacer una reunión de equipo nosotros tres, por ahí ¿cuatro, éramos? Pasaban cosas que involucraban a gente de otros Centros y nadie salta, nadie quiere consensuar nada. Entonces, hay un problema y todos se abren de gambas y quedas vos solo como el pelotudo del circo. Pasó con la pomada de caléndula. Porque yo... la pomada de caléndula (NO SE ENTIENDE)... ah nadie... "No voy a decir nada... esconde". Pasó con Planificación Familiar: "Ah bueno, pero eso es una cuestión personal de ellas dos". No, no es personal, es cuestión de trabajo. No, nadie se mete con lo que piensa uno, con lo que piensa el otro... Y pasó con otro par de cosas que uno conflictúa. Porque, hay problemas en el trabajo porque decís: "acá pasa tal cosa" y "no, no". Nadie dice nada... entonces ¿para qué?

C3: Ahora vos ves que... ahora ya está todo más tranquilo pero hasta el año pasado, principio de este año, maltratos a compañeros, gente... había todo el tiempo. La gente se bancaba que venía uno, el jefe, y maltrataba y decía "si no haces te voy a..." O sea, de una forma, y nadie dice nada (ÉNFASIS). Nadie les decía nada, se dejaban maltratar. Ahora ya nadie se deja maltratar y se deja gritar pero, porque hacen todo lo que les dicen. No dan pie a que nadie les grite ya, a esta altura. Pero al principio se dejan gritar, se dejan maltratar.

C20: Sí teníamos...

C3: y decir "estúpido" ehhhh... viste... "defendete de tu jefe... como te van a gritar, ¡tenés 40 años!"

C16: Igual vos como médica... el médico, el médico, tiene ventajas respecto al resto...

C3: No, bueno sí...

C16: Porque mucho de lo que nosotros vivimos, nosotros pudimos escondernos en el consultorio y ahí estamos protegidos. Pero, el promotor, el administrativo, el enfermero, el que limpia, el, el... el que, el que ni es profesional, vamos a decir. Porque, en todo caso, el psicólogo tiene lo mismo que tiene el médico. O sea, todos ellos, vivieron la posibilidad de perder el trabajo, digamos... entonces eh... y entonces ehhhh... digamos... se fue generando divisiones porque bueno "como vos no, no te defendés. ¿Cómo yo sí me defiendo? "Ehhhh... pero bueno, yo soy médico y es una situación digamos de...

C3: No, porque hay, hay, hay... no, porque tiene que ver... la condición laboral de precariedad, de precariedad laboral que tienen los que no están en "planta permanente", los que tienen bajo sueldo, tienen más posibilidades de ser echados, y los que no, no, "es porque es médico, porque tiene un buen sueldo". Entonces, ¿qué se hace? Se están tratando de equiparar los sueldos, que está bien, pero en pos de que esa gente que está precarizada haga determinadas cosas y deje de hacer otras, y ahí está el quid de la cuestión. Todo el mundo entrega por mejor sueldo y más si estas precarizado

-si no sabes si el año que viene te van a contratar, vas a entregar-. Si te dan dos mangos más... y no son dos mangos, los que se entregan para hacer lo que se dice y no hacer otras cosas que habría que hacer, pero que no se dicen que se hacen... eso parece el trabajo también.

El análisis del trabajo en equipo funciona como dispositivo - acontecimiento para C3, las *afecciones* del encuentro la agencian y la llevan a habitar un territorio reactivo, de alta intensidad.

Las narrativas de C3 visibilizan la mayor intensidad cuando recuerda los malos tratos que la Directora llegó a tener con sus compañeros no profesionales, por un lado los juzga por recibir esos tratos pasivamente, y por el otro los defiende por identificarlos como grupo vulnerable.

Según estas narrativas (que no tuvieron la oposición de ninguno de los participantes de este taller), puede aseverarse que se trató de una modalidad de gestión Anti Paideia, producida por la DSC y vivenciada por algunos trabajadores sin calificación profesional.

Luego de la Directora, los promotores son las figuras que más tensionan las narrativas de la médica C3. En esta UA se avanza en visibilizar la micropolítica del trabajo a partir de una dura situación conflictiva entre dos compañeros de un mismo CAPS que no logran *encuentros de alegría*: la médica C3 y el promotor de la salud C19. Este conflicto funciona como analizador y dispositivo en la medida que su discusión y proceso narrativo son muy generadores de enunciaciones e intensidades en varios participantes.

En este encuentro está presente C3 y no así C19, sin embargo sí está participando la promotora de salud (C1), que si bien trabaja en otro CAPS, de alguna forma (quizás defendiendo su rol), construye un diálogo con C3 y ambas comparten reflexiones con los participantes del taller. Se visibiliza el peso de las subjetividades en la micropolítica del cotidiano:

a) para C3 los promotores no hacen su tarea, "*hacen un montón de cosas que no son de agentes sanitarios o promotores de salud*", no van a ver a usuarios a sus domicilios ante los pedidos del médico;

C3: Por ejemplo, lo que me pasa a mí en el indio, en el Indio ha pasado pero hace años, no es que pasa ahora, seguramente ahora están más justificados porque hacen un montón de cosas que no son específicas de agentes sanitarios o Promotores de Salud ¿Si? Yo creo que la esencia del trabajo del Promotor de Salud no está, no lo tiene, no se hace... o sea no se hace porque están encargados de otras cosas para afuera... no es puro, la esencia. Eso también es parte de...

C16: Sí.

C3: Pero, a mí ya me ha pasado, no te digo de ahora -de este año-, hace dos años que la vengo remando, "che, fulanito, fijate no sabes... Que me pasó... Habría que ir a ver" "Si, fulanita se hizo todo" ¿Vos fuiste? Así fui yo, no una, ni dos, ni tres, la última fue hace un mes...

C1: Yo ni siquiera tengo eso acá.

C3: No, yo te digo la situación mía de...

C1: Ni siquiera me dicen "che, C1, anda". Pero voy, no tengo problema, es más la...

C3: A mí me pasa al revés.

C20: Está bueno ver que... vos hablas por tu Centro de Salud y vos por tu Centro de Salud.

b) en el CAPS de C1 ni siquiera tienen reuniones de equipo, ante las palabras de C3, C1 le remarca su gran aislamiento en el trabajo. Además, si bien se encuentra desgana para el trabajo comunitario, reconoce que tiene tiempo para hacer visitas y no está el equipo para poder hacerlo;

C1: Porque no sé si yo lo estoy buscando... es un desgano general, y yo también estoy un poco desgana, y yo creo que no lo estoy buscando.

C3: General, ¿general de qué?

C1: El desgano del, del trabajo en equipo.

C3: No ves a nadie que promueva un poco más.

C1: No.

(6 segundos de SILENCIO)

C16: Como una atmosfera...

C3: ¿Ustedes hacen, acá, reunión de equipo Maca?

C1: No.

C3: Ni siquiera "para decir que hacen" como allá en el Indio.

C1: No.

c) respecto a la "red de relaciones" construida en el taller anterior, C1 refiere que si no habló con nadie es porque tampoco nadie se lo pidió, ni por algo comunitario, ni sanitario, ni asistencial, cuestión que asocia a la falta de reunión de equipo;

C1: Yo, por ahí, también, aclarar lo del promotor... el tema las visitas y demás. Yo creo que, también, es por el tema éste de las reuniones de equipo que no hay; y que no es sólo del promotor -el tema de las visitas- sino que de todos los que trabajamos en el Centro de Salud. Si no hay demanda del médico, del pediatra, del psicólogo, para ir a un domicilio... este... sí, yo lo puedo hacer... o sea, bueno, creo que las cosas son el equipo también. Más allá por falta... porque el promotor pueda estar abocado, hoy por hoy, a otras actividades pero, yo tengo tiempo para hacer las visitas pero si no está el equipo para hacerlo...

C3: Claro, yo digo, yo pienso lo mismo como médica. Digo, sí, yo siento que sí haces solo... sí, hago cada tanto viste...

C1: Sí, sí.

C3: Son visitas, si se le bajo la presión, reviso, ¿Viste?, esas visitas así, Porque te llamaron justo por eso. Pero digo, ¿para qué voy?... yo... ni programo la visita, si sabes que la vas a hacer vos solo, la mirada va a ser la tuya, después nadie más va.

C1: Sí, tal cual.

C3: No es que si yo lo hago, a los dos días va otro...

C1: Sí, de hecho, puedo cancelar otra actividad para hacerlo. Pero, bueno, pero ¿sola o salir a hacerla a la deriva?

C3: ¿Para qué?

d) C3 conecta con C1, comprende que lo que le pasa a la promotora C1 en cuanto a sentirse sola para realizar visitas domiciliarias -sin el equipo de salud-, también le pasa a ella;

e) la médica C3 que fue tan dura con el promotor C19, reconoce que este (que trabaja con ella), se siente solo, cuestión que el psicólogo C20 también comparte, por haberlo escuchado lamentarse (a ese promotor de salud) por esa situación.

C20: ¿Sabes lo que han llegado a hacer mis compañeros promotores? Lo que te pasa trabajando en la calle es que, por ahí, te encontrás con respuestas y te encontrás viendo, digamos, situaciones sociales muy complejas y, este... donde vos no ves respuestas y te ves, a veces, en soledad. Te empezás como a recluir -y hacer la tuya- y a trabajar para lo que tengo ganas de hacer, digamos...este

C3: Igual, a mí, nunca me vinieron con un problema te digo así: "... Che". Cuando me dijeron, yo he ido las veces que me han dicho. He hecho, traes, pones, o sea...

C20: Sí. Tampoco, no se trata, de una cuestión de porque vos no vas, sino más que nada de él sintiéndose ante la política en general de Salud o social tienen que poner la cara y (NO SE ENTIENDE BIEN)

Es decir que en esta intercesión compartida entre C1, C3 y C20, coinciden las percepciones de los dos promotores (C1 y el ausente del conflicto, C19), el psicólogo (C20) y la médica (C3), respecto al trabajo en relativo aislamiento del promotor, sin contención del trabajo en equipo en todos ellos.

Además, podemos agregar que C19 es el promotor de salud que participó en la U.A N° 2: "A propósito de un caso", en la que tanto él como la trabajadora social C9 terminaron haciendo el trabajo solos, sin el apoyo ni del 'Servicio local de promoción y protección de los derechos del niño', cuando se trataba de un trabajo que implicaba a niños con derechos vulnerados;

f) la Auxiliar de Limpieza C7 visibiliza otros planos de conflictos que tensionan el trabajo de la promotora C1. Hace referencia a ciertas representaciones que circulan en las conversaciones de otros compañeros, referidas a los Promotores de Salud.

C7 refiere haber escuchado duras críticas a la promotora C1 por parte de algunos compañeros del CAPS donde se desempeña, son representaciones injustas sobre C1.

C7: Fijate que esta persona viene con tal problema y... yo, a C3 la veo recontra sola... desde ya, que esto es bastante más chico.

C3: Pero allá también se siente solo el promotor...ojo.

C7: Pero acá C3 está muy sola, también.

C3: ¿No es cierto? Allá, también, se siente solo el promotor.

C20: Si.

C7: *Y el promotor si no conoce el problema por el profesional, no lo puede adivinar...*

C7: *Lo que pasa que el Promotor de Salud, yo lo veo y que lo he escuchado, es como que está visto como “el vago que no hace nada”, “el vago que no hace nada”, el que “quiere estar en ese puesto para no hacer nada”. Y las reuniones como... ¿pará que vamos a ir si perdemos el tiempo?*

C3: *Claro.*

C7: *O a hablar pavadas... eso lo escucho yo. Yo no puedo decir nada, o sea porque yo no conozco muy bien... y poco, siempre me interesó, involucrarme en las reuniones de equipo, en el trabajo de promotora. Pero yo la veo a Macarena, que acá, está muy sola, por empezar con la Asistente Social que es muy difícil verla, muy difícil. Ella es sola y “te metes en mi trabajo y te cache...”, no se, “te cuereo”.*

C16: *Te cuereo.*

C3: *pero es el plantel masculino que ha fomentado la forma esta de... “robar” (NO SE ENTIENDE)... el plantel masculino de los Promotores de Salud es el que ha dado la imagen de que no hace nada... ¿no?*

C20: *Ajam.*

C3: *Conejo Negro, ¿o no?... Conejo Negro... ehhhh...*

C7: *Si, sí, sí. Hablamos de la misma persona.*

C3: *Si...*

C7: *Entonces ehhhh... y acá vamos a decir lo que es, es todo muy individualista... si hay que hacer algo... “y este que se tiene que meter si no sabe nada, no hace nada, que se mete” y no es así, que se yo... y si no empieza desde el profesional a buscar al promotor, si no le da lugar... “che C3 vení, fijate... recién estuvo un paciente conmigo...”, y no. Cada cual se encierra en el problema del paciente y... yo la veo a Maca, por ahí, y no sabe para dónde disparar.*

10.6.5 Cartografía de la Unidad de análisis N° 4.

Esta UA resulta en la restitución de la UA N° 3, y se constituye cuando se realiza un repaso de lo producido en el encuentro anterior (en la presentación de éste cuarto encuentro de investigación), visualizando la “red de pedidos y compromisos” y con los análisis realizados.

El usuario apenas fue considerado, pocos visualizaron al paciente como alguien activo con quienes tuvieron que dialogar para poder hacer el trabajo. Fue considerado: “consulta”; “objeto de cuidado”; “objetivo de programas”; “sujeto vulnerable”; “víctima”; y como se mencionó, más que nada como “ausente” de los procesos de trabajo.

Aparece el encuentro del ‘cuerpo sin órganos’ de la Directora de Salud Comunitaria con todos los trabajadores, aunque mirando la “red de pedidos y compromisos” vemos que la directora solo se ha comunicado (de forma directa), con cinco de los diez trabajadores que participaron en ese taller. Los mismos son de tres disciplinas: promoción de la salud, administración y trabajo social, tres lugares que comparten funciones administrativas

involucradas en el envío de información codificada al municipio (lo cual está en sintonía con los intereses institucionales de recupero económico).

Se visibiliza a administración ocupando un lugar muy especial en las redes de poder del CAPS, un puesto laboral muy tensionado, con múltiples actividades que incluyen agenciar a los compañeros del CAPS con muchas de las reglas e indicaciones que la autoridad institucional va poniendo, tanto con sus finalidades reproductivas como de cuidado.

Los análisis del encuentro anterior disparan intensas narrativas que se extienden hasta ocupar toda esta UA, desplazando a la UA N° 5 lo planificado para este encuentro.

Las narrativas de los participantes denotan experiencia de uso de cajas de herramientas con tecnologías blandas muy sofisticadas, y que han avanzado con prácticas más allá de lo biomédico.

En esta restitución se trae del taller anterior las divergentes percepciones del trabajo en equipo, primero identificando el “compromiso” como indicador: con una actitud de asumir compromisos compartidos, o una actitud de compromiso limitado, en la que, por ejemplo, se utiliza la reunión de equipo para asignar a algún integrante del equipo responsabilidades sobre un caso (según a quien le corresponda por su núcleo profesional específico), que luego queda trabajando sin apoyo interdisciplinario, desde su campo disciplinar.

C2 y C20 se corren del análisis del compromiso, sugiriendo que los significados de satisfacción o no satisfacción que cada cual le atribuye hoy al trabajo en equipo están relacionados con la disponibilidad de experiencias previas; si se ha participado en un trabajo en equipo limitado a un otro que escucha y apoya desde afuera (compromiso limitado), o si se ha participado con un otro asumiendo compromisos compartidos.

C2, C20, C3 y C16, que han trabajado desde antes de los acontecimientos de junio de 2010 traen en sus narrativas una percepción de cambio en el trabajo en equipo. Este cambio que se ha producido en el tiempo funciona como analizador natural de los conflictos del trabajo y de las subjetividades inscriptas en ellos. Además contribuye a la vigilancia epistemológica de los supuestos del investigador.

Este analizador integra al trabajo en equipo y las visitas domiciliarias, con sus condiciones de producción y sus productos. Las narrativas son muy elocuentes:

- a) antes el trabajo duraba dos horas, ahora cuarenta minutos;
- b) antes las conversaciones te llevaban a irte metiendo, ahora a irte rápido;
- c) antes se trabajaba con varias familias, ahora sólo un caso;
- d) antes se buscaba el trabajo en equipo y ahora no, aunque se reconoce que esto

pasa más en el grupo participante en este encuentro, que en el conjunto del grupo de los CAPS. Para C3, C16 y C20 el trabajo en equipo nunca fue algo muy aceptado como herramienta de trabajo, ni antes ni ahora. Cuando era sin estímulo económico eran tres

personas las que trabajaban en equipo, y ahora sigue igual, sin ser valorada, más allá del esfuerzo de la DSC en crear estímulos específicos para esta actividad;

e) antes las redes de equipo eran más horizontales, había críticas constructivas con el trabajo del otro, eso se fue perdiendo;

f) antes en las reuniones de equipo se traían casos complejos del cotidiano y eran ocasiones para pensarse a sí mismos, ahora las reuniones de equipo son impulsadas por necesidades de otros sectores que les hacen pedidos.

C20 apunta a que las visitas domiciliarias son muy condicionadas por necesidades de afuera de los Centros y no porque uno en el trabajo cotidiano haya encontrado una situación que las requiere, entonces se genera una dinámica que a veces le toca a uno asumir un pedido externo y luego en la reunión de equipo intenta comprometer a otros, según los campos disciplinares. Es una visita domiciliaria que no es pensada, que no es planificada, que no es programada, en definitiva que se hace pero con la mirada reducida y un compromiso limitado;

g) antes el equipo tenía una cohesión mayor y se defendían entre ellos, defendían las causas de uno como grupo, y hacían notas compartidas, hoy nadie quiere defender al otro. Se visibiliza un encuentro fuerte entre C3 con el 'cuerpo sin órganos' de la autoridad, cuando recuerda situaciones conflictivas vividas por los compañeros con la Directora, que la agencian con expresividades fascistas con sus propios compañeros;

h) ahora a C1, C3 y C20 se los puede observar desgastados por el trabajo en equipo, antes eran parte del grupo que más movilizado estaba con el trabajo comunitario (siempre grupal);

i) se problematiza y rompe con la idea de que la gestión actual no tiene un proyecto comunitario, se visibiliza que sí está resaltado por la DSC... y se generan pensamientos. Para C20 se está pensando en el usuario, pero no se piensa como apoyar al trabajador para que llegue en condiciones apropiadas a ese usuario. Es decir que actualmente las enunciaciones institucionales apuntan a llegar al usuario, pero no importa la calidad o la oferta que pueda hacer la institución en ese trabajo comunitario, sino priorizando la asistencia en ese trabajo comunitario. Entonces el trabajador otra vez se siente en soledad.

En este sentido, hay narrativas que hablan de no realizar visitas domiciliarias porque cuando hacen el trabajo comunitario se encuentran que no lo pueden sostener solos, y no cuentan con el trabajo asociado para poder realizarlo. Para C1, C3 y C20 las visitas domiciliarias están íntimamente correlacionadas con el trabajo en equipo.

Aquí aparece asociado el conflicto de la médica C3 con el promotor C19, y se analiza la disputa entre sus cajas de herramientas. En las narrativas de C3 se perciben expresividades de un territorio *triste*, muy capturado subjetivamente, con tanto encono que parece que entre C3 y C19 no hubiera ninguna finalidad compartida en sus procesos de trabajo.

El conflicto de la médica y el promotor funciona como analizador, trae aspectos no visibles como el desgano en el trabajo, visibilizando que aunque hubiera equipo para trabajar tampoco se tiene la 'fuerza de hacer' un trabajo que requiere la disposición del deseo. Las enunciaciones de C1 y C3 son expresivas de un territorio de fuerzas débiles, *tristes*.

En el proceso de su análisis se visibilizan *afecciones* diferentes entre los participantes, que disparan juzgamientos y conflictos entre compañeros, que con su desmontaje descubren que se encuentran con similares condiciones de dificultad para el trabajo.

C7 deja ver conflictos entre compañeros del equipo que involucran a la promotora C1, y que visibiliza algunas representaciones del 'plano de organización': "los promotores de salud son unos vagos, que no hacen nada".

La promotora C1 refiere que si no habló con nadie en esa semana graficada en la "red de pedidos y compromisos" es porque nadie le pidió nada, por ningún motivo, visibilizando el peso de las subjetividades en la micropolítica del cotidiano: para la médica C3 es el promotor el que no le responde (el otro), y para la promotora C1 son los médicos y todo el equipo de su CAPS los que no responden, hasta el punto de ignorarla. Aquí C3 conecta con C1, por un momento ambas territorializan en la soledad de sus trabajos.

La médica C3 que fue tan dura con el promotor C19 reconoce que él está igual, que trabaja y se siente solo. El psicólogo C20 comparte y relata que lo ha escuchado lamentarse de tener que enfrentar solo los problemas ("poner la cara").

Es decir, en la intercesión compartida, C1, C3 y C20 producen narrativas en acto que agencian colectivamente sus subjetividades en el momento que expresan sus sentipensares: los dos promotores C1 y C19, el psicólogo C20, y la médica C3 coinciden respecto del trabajo en aislamiento del promotor y de todos ellos, sin la contención de trabajar en equipo.

Es decir que lo que era un conflicto ético con diferentes tipos de acciones o distintas éticas de esas cajas, resulta que tanto los promotores como la médica se sienten solos, y la C3 reconoce que el promotor está solo y que ella tampoco tiene ánimo para asociarse ni con él ni con otra persona para trabajar en equipo.

Con estas narrativas se contradice la idea que los promotores no realizan su trabajo porque "les han hecho priorizar de afuera otras muchas actividades". Simplemente no están las condiciones subjetivas para un trabajo comprometido con la complejidad del usuario, no están los ánimos, no está el deseo de poder hacerlo. C1 y C3 reconocen esta situación.

La médica C3 realiza visitas domiciliarias, sin embargo las restringe a su campo disciplinar biomédico, más allá de su compromiso con las necesidades psicosociales de los usuarios, observados en reiterados pasajes narrativos.

El análisis del trabajo en equipo funciona como dispositivo, y las afecciones agencian a C3, quien más intensamente vive el encuentro acontecimiento de investigación. C3 y C20 son quienes más parecen ser alcanzados por estas enunciaciones colectivas como situaciones de acontecimiento.

Se visibilizan fuertes tensiones y conflictos entre compañeros, y con el 'cuerpo sin órganos' de la Directora de Salud Comunitaria (más en C3 y C20). También estuvo presente en el grupo, 'el cuerpo sin órganos' del Intendente, que tanta *tristeza* les trajo a los territorios existenciales de C1, C2, C3, C16 y C20 (que están participando en este taller).

Los recuerdos del pasado producen *afecciones* y *agenciamientos* varios, que fueron dinamizando el taller que como rizoma hizo mesetas con el trabajo en equipo, lo comunitario y el analizador temporal antes/ahora descripto.

¿Cómo mirar el pasado puede ser un analizador de las subjetividades operantes actuales en el trabajo en salud?

Para responder esta pregunta nos apoyamos en H. Bergsón (52), y sus nociones de 'duración' y 'memoria'. Nuestra interpretación es que el pasado sigue durando en la medida en que el territorio existencial del presente es expresivo de *afecciones* y *agenciamientos* del pasado (que por lo tanto siguen durando), y que los recuerdos actualizados en el taller actúan como mesetas productoras de agenciamientos de los actuales territorios. Y algunos agenciamientos pueden percibirse.

Si bien gran parte del pasado vivido fueron *procesos de vida*, las territorializaciones que vivieron en los acontecimientos de junio de 2010 siguen durando, participando de sus territorios actuales, desde donde operan la interpretación de los hechos del cotidiano.

Se relatan historias de afecciones subjetivas y agenciamientos producidos por las enunciaciones del propio Intendente que impulsa al grupo, y cuando lo desarma empieza a castigar performáticamente; donde pensarse, es reunionismo, amiguismo o catarsis. Cuando las enunciaciones del intendente fueron "reunionismo no, catarsis no", agencia con una imagen de lo que "es" trabajo, y trabajo no es ni se hace mediante reuniones, trabajar es atender a los usuarios. Se puede imaginar un sentido operativo pragmático en la "gestión afectiva" de su 'cuerpo sin órganos'.

El pasado sigue durando y generando afecciones en este encuentro de C3 con su presente, cuya producción le atribuye casi exclusivamente a la DSC. C3 no se puede verse como partícipe (con su autogobierno), de la producción de las situaciones de sus procesos de trabajo.

Las narrativas de C3 le disputan duramente el sentido ético-político a la caja de herramientas que ha utilizado la Dirección, como la coerción de los trabajadores en situación

de precariedad laboral, cuestión que visibiliza claramente una modalidad de gestión anti-Paideia en la Directora, que afecta más a trabajadores no profesionales.

Para C3 hay una situación donde la precariedad laboral está utilizada para manejar personas, con agenciamientos del trabajo por implicaciones económicas.

Se resalta que las dependencias municipales intentan capturar los intereses de los profesionales con los intereses de la institución, con fines más reproductivos y funcionalistas que centrados en el usuario.

Para C20 los procesos de trabajo están capturados por las necesidades y las finalidades institucionales, donde la recuperación del dinero por programas nacionales y provinciales es lo que más organiza el trabajo, y por allí pasa el reconocimiento de la demanda del trabajo. C3 coincide que la captura de los procesos de trabajo que realiza la Dirección es por implicaciones y necesidades económicas, y posiciona al dinero con el status de “organizador del CAPS”.

Para C3 las finalidades del trabajo no están dirigidas al usuario, sino a su propia reproducción. Se visualiza lo económico como herramienta de captura de las formas de trabajo, donde hasta las reuniones de equipo tienen una implicación económica que convoca a participar en ella con la finalidad de sumar horas extras al salario municipal.

C3 llega a expresar de sus compañeros que le pagan para hacer cosas y también para no hacer cosas, que sin embargo hacen, pero no dicen que hacen. Es decir que visibiliza el ocultamiento a la Dirección de ciertos trabajos que hacen con su autogobierno y que sin embargo producen en C3 expresiones antiproductivas: “no hacen lo que tiene que hacer”, y en el mismo párrafo termina con “sí lo hacen pero no lo dicen”, oxímoron entendido desde la pragmática: le está apuntando directamente a la Directora de Salud Comunitaria, que para C3 de alguna forma anula ciertas actividades e indica otras.

10.7 Unidad de análisis N° 5: El flujograma analizador.

Duración de audio: 1 hora 53 minutos

Fecha: 19/11/2014

Participantes:

- C16: Compañero 16 (investigador).
- C3: Compañero 3 (médica generalista).
- C12: Compañero 12 (promotor de salud).
- C7: Compañero 7 (auxiliar de limpieza).

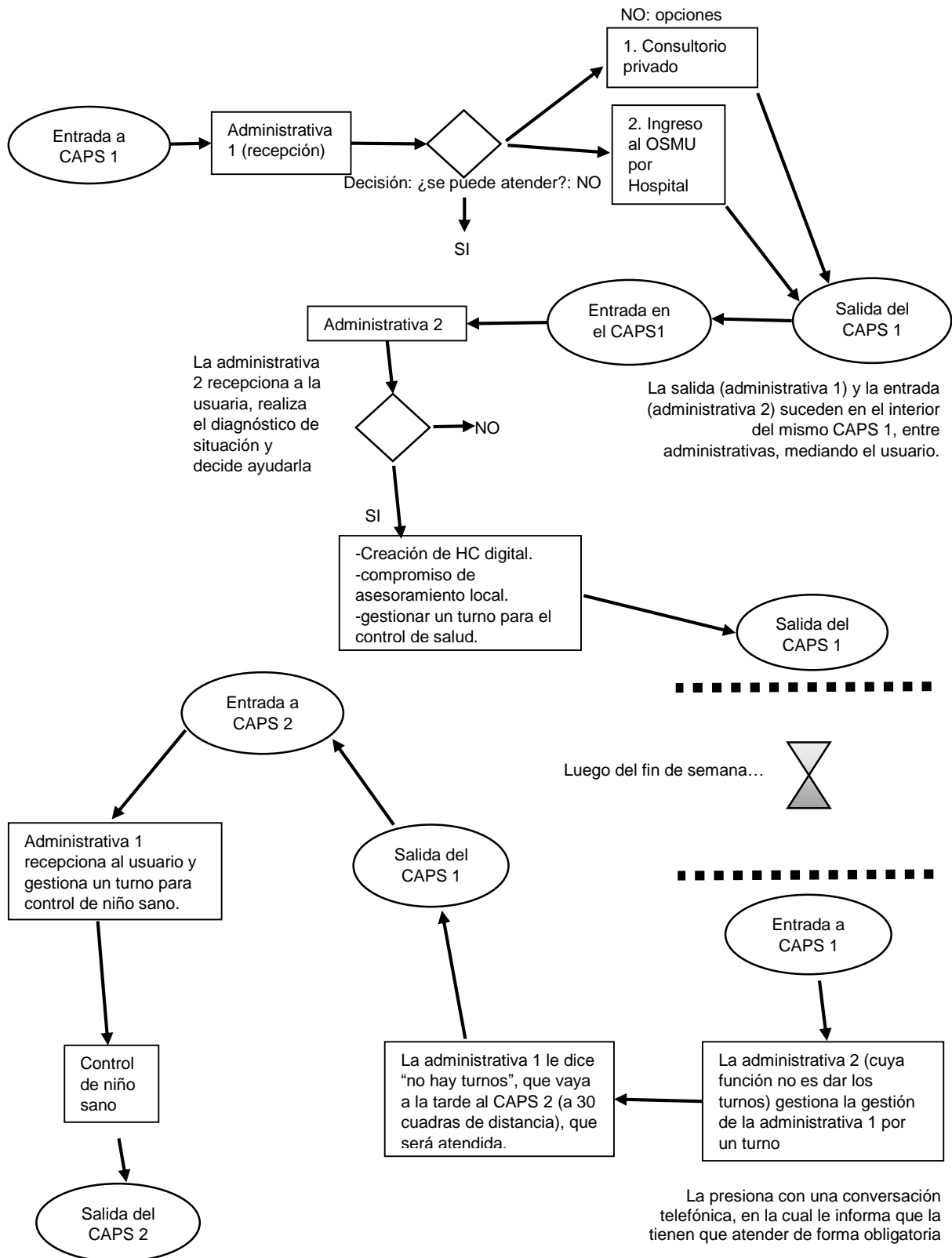
-C1: Compañero 1 (promotora de salud).

-C2: Compañero 2 (administrativa 2).

Esta UA se estructura en dos casos que fueron seleccionados por los participantes, la consigna sugerida fue: considerar casos recientes, que los hayan involucrado, que haya sido movilizador, y que haya traído diferencias entre compañeros.

De los casos recordados, los dos que fueron analizados fueron: por un lado, un 'control de niño sano', donde se visibilizaron barreras al acceso a usuarios "en tránsito" (control que termina realizando el investigador de esta tesis, como médico generalista de un CAPS); y por otro lado un adulto mayor con dificultades de auto valencia, al cual se le propone como única opción su geriatrización.

Figura 3: Flujograma analizador 1. Un caso de control de niño sano de un usuario “en tránsito”⁴.



⁴ Se llama “usuario en tránsito” a aquellos usuarios que no viven en Trenque Lauquen o que no tienen el cambio de domicilio a esta localidad.

Breve descripción inicial del flujograma 1:

a) la administrativa 1 y la administrativa 2 (C2) trabajan en dos escritorios contiguos ubicados en la sala de espera del CAPS 1;

b) la administrativa 1 recibe el pedido de turno para realizar el control de niño sano, evalúa la situación e informa a la usuaria el menú de ofertas disponibles, con dos posibilidades, ambas son con salidas del CAPS: una es resolverlo en la esfera privada, opción que no le sirve para completar la libreta de ANSES y cobrar la Asignación Universal por Hijo (beneficio social que exige los controles de salud en efectores públicos); la otra es acercarse hasta la Oficina de la OSMU (ubicada en el Hospital), para su ingreso al sistema OSMU, opción que tampoco le sirve, por no contar con cambio de domicilio, exigencia normativa para ingresar al sistema OSMU. Dos trampas del cepo administrativo para rechazar a usuarios que no habiten en el distrito (el supuesto es que el sistema administrativo actúa como una barrera que busca impedir el uso de recursos de salud municipales en usuarios de otros distritos de la región;

c) la administrativa 2 (C2), que presencia la atención a un metro de distancia, interrumpe la salida del usuario ofreciéndole orientación y ayuda. Procede a ingresarla ella, directamente al sistema OSMU, mediante la computadora del CAPS, que se encuentra integrado a la red informática municipal. Luego de la inmediata creación de la Historia Clínica “digital”, necesaria para figurar en el sistema OSMU, le solicita a la usuaria regresar el lunes por la mañana (era viernes por la mañana), buscando resolverle el turno para su consulta y además averiguarle sobre el funcionamiento de la oficina de ANSES local (con los beneficiarios “en tránsito”).

Por otro lado realiza gestiones con la administrativa C4, responsable del Plan Sumar en Trenque Lauquen, por la legalidad / obligatoriedad de atender a un usuario de este beneficio social de cobertura nacional. Aquí es evidente el agenciamiento de C2 en esa relación con la usuaria, como también el compromiso de C4 con C2 y con la facturación de la prestación ‘control de niño sano’, cuestiones que la movilizan, llevándola a consultas telefónicas hasta la Coordinación provincial del Plan Nacer, en la ciudad de La Plata. C4 se comunicó para preguntar cómo hacían, si podían facturar o no esa prestación.

Parece que en esta ocasión las redes normativas del Plan Nacer han sido utilizadas con un funcionamiento casi rizomático, si bien no abierto totalmente, empujado por el deseo de trabajadores implicados con sus funciones de cuidado y económico-administrativas;

-la usuaria llega a la salida sin satisfacción de sus necesidades, sin embargo tanto para ella como para la C2 fue un *buen encuentro*, la usuaria fue muy intercesora para C2. Un

encuentro-acontecimiento que le fortaleció su fuerza de existir, fue agenciada y accionó por el usuario.

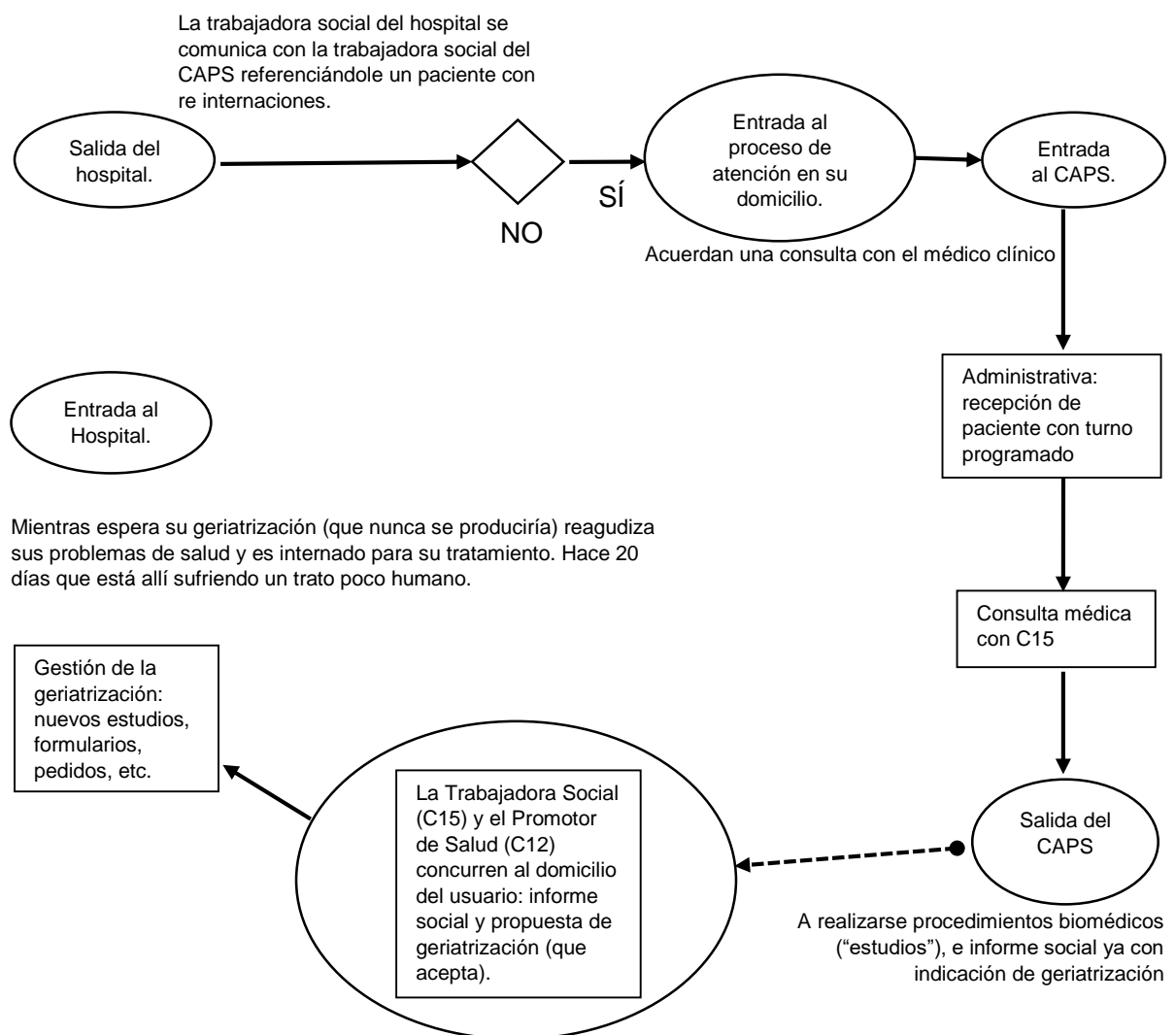
C16: Y con tu experiencia, con la señora, que relación crees que se llevó ella, del sistema.

C2: Yo creo que estaba re contenta (RISAS).

C16: Estaba contenta.

C2: Sí porque, bueno, se le había averiguado de lo otro. Y si porque aparte, encima, era positivo. Porque si yo le hubiera averiguado y le habría dicho "che, no, me dijeron en ANSES, que no que vas a tener que ir a San Rafael". O sea, para ella implicaba la continuidad del cobro, nada más y nada menos.

Figura 4: Flujograma analizador 2. Un caso de adulto mayor con dificultades de auto valencia, al cual se le propone como única opción su geriatricación



Breve descripción inicial del flujograma 2:

a) la entrada al CAPS se produce por la acción de dos trabajadores, C12 y C25, que concurren al domicilio del usuario para conocer la situación referenciada por el Servicio Social del hospital, y ofreciéndole atención médica. El usuario acepta y le dan un turno programado para un médico clínico (C15);

b) el usuario llega en remis de forma autónoma, es atendido y sale disconforme con más estudios para realizarse;

c) la línea punteada refiere que por más que el usuario salga del CAPS con indicación de estudios complementarios (a realizarse de forma ambulatoria), el mismo continúa su proceso de atención en domicilio, por cual el proceso no tiene una salida que detiene el trabajo del CAPS. De igual manera, la llegada al domicilio de C15 y C12 se grafica como una elipse y un rectángulo por considerarse que suceden juntas, la entrada y las prestaciones del proceso de atención domiciliaria;

d) en su domicilio acepta su geriatrización y mientras espera por su lugar en el geriátrico reagudiza su EPOC y es internado. Se encuentra en esa situación hasta el día de éste taller (19/11/2014).

10.7.1 Variable 1: Composición técnica del trabajo.

Los casos analizados buscaron mirar desde el usuario, de modo que el planteo del taller ya era de mapeo de las relaciones del usuario en la cadena productiva, visibilizando especialmente el trabajo vivo (TV).

Primer caso (Figura 3):

Las narrativas de la administrativa C2 visibilizan procesos de atención muy relacionales, con mucho TV entre usuaria y administrativas y entre administrativas (del CAPS y de la DSC), con reiteradas conexiones; sin embargo el TV estuvo muy capturado por las reglas instituidas (TM).

Si bien el TV de las dos administrativas es capturado intensamente por el TM de las reglas administrativas de funcionamiento del CAPS, se resalta que el TM compartido es utilizado con dos sentidos bien diferentes, y cada una de las administrativas lo adecúa a sus intereses y deseos.

Se identifican tres tipos de capturas que realizan los procedimientos instituidos:

a) por las normas administrativas de funcionamiento del sistema OSMU, preparado tanto para brindar servicios a los usuarios locales, como para rechazar a usuarios no locales. Este sistema informático tiene la lógica del registro y transmisión de información codificada, cuya finalidad central es el recupero económico coparticipable para la financiación municipal;

C2: La entrada es una paciente en tránsito que solicita control de niño sano para presentarlo en la libreta de ANSES (INAUDIBLE). El niño en el Plan Nacer. Esa es la entrada.

C16: ¿Llega a dónde?

C2: Recepción, administración le niega posibilidad de atenderla porque no tiene historia clínica, ni domicilio local.

C16: Ahá. Acá es un "no". Acá es un "sí". Entonces la necesidad, la necesidad era un control de niño sano.

C2: Sí. Para presentación de libreta.

C16: Para ANSES. Por ANSES. Entonces ¿cuáles son los criterios usados? "no que no hay turno". ¿"No" qué?

C2: No, que no tiene historia clínica local, es paciente en tránsito. Una trabajadora del circo.

b) por los procedimientos de prestación y transmisión de información codificada del Plan Nacer⁵. Este sistema tiene como principal finalidad el recupero económico contraprestacional (por la ejecución del Plan), ingresos utilizados para la financiación municipal;

C2: Aparte el médico... no tiene turno, no está al pedo, no le va a cobrar, no se va a registrar, no la atienden. Fue el criterio, ¿no?

C16: Vos dirías que el criterio es administrativo ¿no? El administrativo toma una decisión.

C2: Sí, netamente.

C16: Y la decisión está basada en lo que le explica la señora.

C2: Claro, que no la puede registrar. Que no se puede registrar porque no tiene historia clínica de acá. No tiene domicilio de acá. Entonces la chica insiste...

C2: Llamé delante de ella, entonces escuchó que yo estaba diciendo "entonces es obligatorio". "Ah, bueno listo". Ya después no se podía... nadie se podía hacer el tonto después. Toda la información que nos dieron es "hay que atenderla". Después el Municipio "no lo factura", pero...

c) por el Sistema de productividad: *"Aparte el médico... no tiene turno, no está al pedo, no le va a cobrar, no se va a registrar, no la atienden. Fue el criterio, ¿no?"*

⁵ El Plan Nacer fue ampliado en las edades de cobertura pasando la llamarse Plan Sumar. Puede encontrarse en las entrevistas las dos denominaciones, que para este trabajo tienen el mismo significado (Plan Nacer = Plan Sumar).

De esta correlación (TM/TV) se puede visibilizar:

a) el amplio condicionamiento que el TM hace al TV, afectando, agenciando a las administrativas que sintonizan sus relaciones cuidadoras con las reglas instituidas del funcionamiento organizacional.

b) que también fueron TM: escritorios, historias clínicas, libretas sanitarias del Plan Nacer, la turnera llena, el sistema OSMU y de emisión de bonos, teléfono, el padrón del Plan Nacer, PC, el PUCO.

Segundo caso (Figura 4):

El Promotor de la Salud C12 es el principal narrador de este caso. C12 expresa una CTT con mucho de TV, probablemente de igual modo que la trabajadora social C25, a quien acompañó a hacer las visitas domiciliarias y todo el proceso de geriatrización.

C12: Sí, sí. Una situación ambiental muy complicada. Está solo, aislado.

C16: Con una enfermedad de la vejez.

C12: Sí, sí, sí. Con enfermedades propias de la vejez, imposibilidad de caminar... eh... y un cuadro general.

C16: Realiza digamos... es autónomo para vivir, se cocina...

C12: Lo que el manifiesta es que ya no puede resolver solo.

C16: Ahá.

C12: Ya se está comunicando (NO SE ENTIENDE), [...] cada vez más, porque no hace mandados, no sale de la casa, y deambular en la casa es muy difícil. Porque ya casi no ve, entonces...

C3: Es autónomo pero como que... dependiente

C12: Claro, él como que la comida la compra hecha y la paga a fin de mes. Come y queda en el tarrito de la basura. O sea, no es que pone un plato que después va a lavar... o sea, le llega la bandejita, se la come y tira la bandeja. No es que puede levantarse.

C16: ¿Vos podrías decir si la necesidad de él existía, la necesidad de salud existía por autodeterminación? O sea que él siente que tenga necesidad.

C12: Sí, el me lo decía.

C16: Él lo decía.

C12: Sí, si "necesito ayuda".

C16: "Necesito ayuda". Y ¿que define el, que identifica como...? ¿Qué es lo que va a buscar al Centro?

C12: Y él se ve en una situación angustiada, que está solo, por su deterioro, porque ya no, por su deterioro, porque ya no se mueve, porque ya se le complica todo... eh... y busca "¿Cómo me resuelven esto?" o sea, ya... "no tengo herramientas para resolverlo"

C16: Más anímico, digamos.

C12: Claro.

Es un TV que se acerca al usuario, se implica, realiza un reconocimiento de la situación relativamente profundo, con un diagnóstico en el que efectivamente está la necesidad de apoyo externo. Sin embargo cuando actúa, utiliza su TV para "coordinar un turno con el

médico clínico”, para hablarle “de una posible geriatrización”, y luego con todos los encuentros para la geriatrización que fueron requeridos;

C12: “Mi vida está acá, la pongo en manos de usted”.

C16: Ahá.

C12: Se le habla de una posible geriatrización y entonces accede; y el médico clínico, automáticamente deriva a la Trabajadora Social...

C12: Los fuimos a ver, volvimos a ver la misma situación que al principio...

C16: Con la Trabajadora Social.

C12: Sí, sí con la Trabajadora Social.

C16: Plantea esto.

C12: Y el médico clínico le deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: O sea que vuelve al Centro.

C12: No, no. En la misma atención, con esa salida, el médico clínico deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: ¿Que la ve en el momento o tiene que volver a verla?

C12: Que lo vayamos a ver y que le resolvamos porque es...

C16: Un tema social.

C12: Hay que institucionalizar.

C12: Lo que es claro es, lo que vos marcabas, el sistema, te lleva al mismo sistema digamos... Se come la situación, lo institucional se come la situación. Eh... en ningún momento se deja ver un enfoque fuera de la institución. Es lo que plantea C1.

C12: Y, la hegemonía institucional. O sea, la cuestión de no salirse de la maquina institucional.

C3: ¿Por qué? Porque para vos había otra forma...

C12: Sí, sí.

C3: Porque para vos había herramientas.

C12: Y, mira lo que hizo ella. Hay una chica que vive en la parte de atrás de la casa, que teóricamente él le dio esa parte de la casa para que lo cuide pero que...

C3: No se buscó, por ejemplo, un cuidador de PAMI...

C12: No se buscó un cuidador de PAMI, no se buscó un vecino... eh...

C2: Porque aparte vos decís...

C12: Había opciones.

Es decir que el TV de C12 está tan capturado por el funcionamiento institucional que cuando relata el caso trabajado, su problematización poco acontece en él.

Por su parte, los procesos de trabajo del médico C15 tuvieron mucho de TM:

a) de procedimientos establecidos para determinados problemas, como el menú de ofertas institucionales, más o menos estandarizadas;

b) procedimientos biomédicos como análisis. En una primera entrevista lo atiende, le reitera estudios y lo deriva a la Trabajadora Social para su institucionalización;

C12: El médico le ofrece un servicio que... bueno, que el paciente no lo ve como productivo. Lo ve como una atención más del hospital. No hay una solución de sus cuestiones. Sino que le mandan a hacer estudios de vuelta.

C12: No, no. En la misma atención, con esa salida, el médico clínico deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: ¿Que la ve en el momento, o tiene que volver a verla?

C12: Que lo vayamos a ver y que lo resolvamos porque es...

C16: Un tema social.

C12: Hay que institucionalizar.

La CTT de este caso 2 tuvo mucho de TM, dominando el menú establecido por las ofertas institucionales, que si bien en el acto asistencial siempre fueron TV, el cuidado que realizan deja sobre relieve los procedimientos instituidos:

a) fueron TV los encuentros cuidadores, muy relacionales en las etapas de investigar la situación, con un conocimiento relativamente completo del caso, como problemática psicosocial y como pérdida de la autonomía de la vejez. Todos estos TV quedan con menor fuerza performática en las narrativas producidas;

b) fueron TM la nota que comunica a las trabajadoras sociales en la referencia del hospital, el sistema de turnos, los estudios que lleva a la consulta, las reglas de geriatrización, la propia institución que está en las cabezas de los trabajadores como único menú de ofertas para la situación, reconociendo otras posibilidades, pero no actuando fuera de la opción "geriatrizar". Esta instrumentalización del pensamiento aplicado en este caso creemos que es evidente en las narrativas de C12.

10.7.2 Variable N° 2: Lugar del usuario en los procesos de trabajo.

Primer caso (Figura 3):

Sin perder de vista que la Administrativa 2 (C2) es la fuente de los relatos, las relaciones que se destacan son las que la usuaria mantiene con las dos administrativas. Estas relaciones son bien diferenciadas en cuanto al lugar que cada una de ellas le reserva al usuario.

La administrativa 1 expulsa a la usuaria argumentando que "no tiene historia clínica ni domicilio local", es decir que utiliza restricciones normativas para su no atención, cuestiones entendidas y en parte compartidas por la administrativa 2, cuando ironiza sobre cómo funcionan las cosas: "*aparte el médico... no tiene turno, no está al pedo, no le va a cobrar, no se va a registrar, no la atienden. Fue el criterio ¿no?*".

Sobresale el grado de comprensión y expresión de la administrativa 2 respecto a las lógicas de una organización centrada en los profesionales y la institucionalidad, y en ambos núcleos rectores, la centralidad de lo económico en los procesos de trabajo.

Además, la administrativa 1 le ofrece dos “ofertas trampas” (como se desarrolló más arriba en ‘Breve descripción inicial del flujograma 1’), que sólo sirve para la salida de la usuaria del CAPS.

La administrativa 2 centra sus acciones en las necesidades de la usuaria. Ante la insistencia de la usuaria por su atención: *“no cobro la asignación sino vengo, sino presento el control”*, se implica y el encuentro la agencia con un sentido cuidador centrado en el usuario. Le ofrece más de lo esperado por su rol de segunda administrativa, no encargada de la atención directa a los usuarios.

C12: Vos intuías que se estaba vulnerando un derecho, digamos.

C2: No, más que intuir, tenía plena conciencia que era una barrera que no... y aparte al margen, de lo legislativo... si a vos una persona que es trabajadora de circo, es decir no es la multimillonaria de ningún lado, te está diciendo que pierde la Asignación Universal por no dar una prestación... tenés que tener una roca acá “a ver, si te podemos ayudar, te vamos a ayudar”.

La Administrativa 2 realiza gestiones para la usuaria en un doble sentido:

a) por un lado buscando información para asesorarla sobre el funcionamiento de ANSES local, el organismo administrativo que recepciona los documentos que certifican el cumplimiento de las “contraprestaciones” exigidas para el cobro de la ‘Asignación Universal por hijo’: tener el control de salud actualizado, con el calendario obligatorio de vacunación completa y la escolarización de los niños beneficiarios;

b) por otro lado utilizando la legalidad de ser beneficiaria del Plan Nacer de modo protectivo para la usuaria, ante su compañera administrativa 1;

C2: Yo le dije a la administrativa uno que, como era beneficiaria del Plan Nacer, había obligatoriedad del Municipio para atenderla. Había que resolver la situación.

C2: Llamé delante de ella, entonces escuchó que yo estaba diciendo “entonces es obligatorio. Ah, bueno, listo”. Ya después no se podía... nadie se podía hacer el tonto después. Toda la información que nos dieron es “hay que atenderla”. Después el municipio no lo factura, pero...

Cuestiones que reflejan la importancia de la captura que las reglas hacen de la praxis administrativa, haciendo posible afianzar una idea antagónica en el terreno micropolítico por

imposición de argumentos normativos, como la obligatoriedad de realizarle el 'control de niño sano' a esa usuaria.

Luego, la relación con el médico generalista que le realiza el control (C16, el investigador) es acogedora, interesada por aspectos de su historia, la usuaria mamá (el niño aparece más objetual), le relata brevemente su historia, cuando siendo adolescente (hace muy poco), participó de un taller de circo en su ciudad San Rafael, Mendoza, y se sumó a un emprendimiento del que está muy contenta, y con su hijo de 18 meses. Se realiza el control dialogando con la usuaria mamá sobre cómo va a ser con la escolarización cuando tenga la edad, etc.

Otra cuestión a analizar es si para la organización asistencial, los criterios de urgencia son significantes de lo que para los trabajadores es el "usuario". Ante el pedido que realiza la usuaria: ¿Habría sido la misma respuesta si en vez de solicitar un turno para 'control de niño sano' (considerado una no urgencia), hubiera pedido atención por fiebre o dolor (urgencias)?:

C16: A ver... si esta persona hubiera ido por ejemplo, por un dolor de muelas... ¿Cómo hubiera podido ser...? O sea...

C2: Eso se resuelve más fácil.

C16: Más fácil.

C2: Sí.

C16: A la guardia del hospital.

C2: No, porque... si alguien fueran los mínimos momentos, que no hay (MURMULLO). Lo hubiesen hecho pasar de forma informal.

C3: Informal.

C2: Sí. Sí. En Ameghino, sí.

C16: O sea, por una medida formal.

C2: Sí. "Atendelo, medicalo".

C16: O sea, ¿tuvo que ver el diagnóstico...?

C2: Sí, sí. Sí, sí, sí.

C16: ¿Tuvo que ver con la necesidad, la necesidad... con el camino? O con la entrada.

C2: Y si porque también creo que si hubiese sido un resfrío, una gripe, algo emergente, un nene con fiebre, quizá... Pero también ¿no?... yo creo que hubiese estado medio teñido todo de informalidad... también.

C3: Claro, es lo que decíamos recién.

C2: "Miralo en enfermería, que le tomen la presión".

C1: Claro, porque el control de salud no se toma por una urgencia. Por ejemplo, vos podés venir hoy, mañana, la semana que viene...

(VOCES SUPERPUESTAS)

C2: Desde la concepción administrativa... cuando es del Niño Sano sabes que tenés que hacerlo y no podés... Decir... "no te diste cuenta", digamos.

C1: El criterio de la pediatra de acá era: primero urgencia y después dos controles de salud cada vez que venía, dos nada más, en tres horas. Dos controles nada más, todo lo otro, lo demás, lo que es...

C2: Demanda espontanea.

C1: Sí, sí.

A la pregunta precedente, la respuesta es que sí, parece que ante situaciones en las que no se tiene turnos disponibles para la atención demandada, se cambia el significado de usuario que emerge en las representaciones “transformado” en un diagnóstico: urgente o no urgente.

Esta ontologización, de usuario a enfermedad (contingente o no), es propio de una cultura organizacional con hábitos biomédicos, y centrada en los profesionales, contando con las administrativas que son las que determinan la existencia de criterios de urgencia y su atención.

El usuario visibiliza el menú de ofertas existentes:

a) líneas formales, como las vías de los servicios instituidos (sacando un turno y postergando la consulta hasta el turno);

b) líneas informales para casos considerados urgencias o contingencias del cuerpo biológico. A esta imagen se la construye -además-, por el hecho que la contingencia socioeconómica de una usuaria beneficiaria de la ‘Asignación Universal por hijo’, y desfavorecida por ser “en tránsito”, no fue reconocida por la administrativa 1, que la rechaza, aún con criterios de vulnerabilidad.

Segundo caso (Figura 4):

En este caso el usuario es un adulto mayor con problemas biológicos (EPOC, visión y movilidad reducida), psicológicos (depresión, angustia) y sociales (vive solo, con pocos vínculos en sus relaciones); que fue referenciado por el Servicio Social del Hospital, al CAPS, para su intervención social.

C16: El hospital hace un pedido.

C12: Le da el alta un paciente, a un adulto mayor y comunica el seguimiento...

C16: Se comunica...

C12: Se comunica con el Centro a través de la nota, de la notificación a la Trabajadora Social.

C16: A la Trabajadora Social. Dale, relata un poquito el caso así después lo encuadramos en este esquema.

C12: Por eso te digo... no responde a la consigna. Pero bueno... Se lo contacta al hombre en su domicilio y se coordina un turno.

C16: O sea ahí es el trabajador el que va al domicilio.

C12: Al domicilio y se coordina un turno con el médico clínico, una consulta al médico clínico y el paciente accede.

Lo visitan en su domicilio y se le ofrecen una consulta médica en el CAPS, iniciando un recorrido en el que es conducido por cada trabajador hacia la única oferta disponible: su geriatrización. Que acepta, pues reconoce que “ya no puede resolver solo”.

C12: “Mi vida está acá, la pongo en manos de usted”.

C16: Ahá.

C12: Se le habla de una posible geriatrización y entonces accede; y el médico clínico, automáticamente deriva a la Trabajadora Social...

C12: Y el médico clínico le deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: O sea que vuelve al Centro.

C12: No, no. En la misma atención, con esa salida, el médico clínico deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: ¿Que la ve en el momento o tiene que volver a verla?

C12: Que lo vayamos a ver y que le resolvamos porque es...

C16: Un tema social.

C12: Hay que institucionalizar.

Respecto al lugar del usuario en los procesos de trabajo, el mismo estuvo fuera de la arena decisoria de su “destino”, simplemente fue tratado como un objeto de trabajo del procesamiento institucional.

C12: Claro, se le plantea armar la carpeta para...

C16: Entonces la propuesta en ese momento era la geriatrización.

C12: Claro.

C16: ¿Correcto?, que acepta.

C12: Y sí.

C16: Acepta. ¿Por qué? Porque es la oferta del Servicio...

C12: Acepta porque es la única oferta que se le da. No hay otra oferta. Se ve en muchos casos.

C16: O sea, es muy interesante, como acá se puede ver, como la necesidad del usuario es procesada con ofertas estandarizadas.

C12: Sí.

C16: O sea, el hombre venía más por la soledad, por adulto mayor con... por el psico... digamos no, no, no tengo... sí depresión, pero todo aquello que acompaña la angustia de estar, sentirse no autosuficiente.

C12: Sí, sí.

C16: Y el producto que se le ofrece es la geriatrización.

C12: Sí.

C16: O sea la geriatrización salió media indicada de acá.

C12: Sí.

C16: Ah de acá.

C2: Sí. Lo dijo.

C16: Ah lo dijo, ah yo no escuché eso, perdoname.

C12: Sí, sí.

C16: Ah, entonces ustedes ya sabían.

C12: Por eso te digo, ahí ya había una derivación a la social.

C16: Pero el médico clínico. El clínico es el que ya piensa en eso...

C12: El clínico le informa a la...

C16: ¿Y le dijo eso en la primer consulta?

C12: Sí, sí.

C3: Hubo una sola.

C16: Entonces dijo "lo tuyo es..."

C12: Informa a la social con pedido de intervención para geriatrizar.

C16: Ahora sí, ahora sí te entendí.

C12: Comunícate con Fabiana Zelayeta y ponelo en el geriátrico.

Para el Hospital el usuario fue desdoblado al otorgarle el "alta médica":

a) por un lado con el alta clínica por presentar parámetros estables en el cuerpo anátomo-fisiológico, situación que cierra el proceso de trabajo hospitalario con este usuario. Aun teniendo tantas comorbilidades tan incapacitantes y siendo un adulto mayor, no se generan acciones de referencia al CAPS para su seguimiento clínico, "*C12: Pero el hospital no referencia su problema de enfermedad, sino su condición social*", tampoco el alta se acompañó de una epicrisis.

C3: Vos fijate, Trabajo Social es Trabajo Social, no hay epicrisis...

C16: ¿Le llegó de Trabajo Social a Trabajo Social?

C3: Sí. Porque no vino la... acompañado de epicrisis médica.

C12: Claro.

b) por otro lado con el informe social que envía al CAPS y que activa el trabajo desde allí: "*C12: [...] fijense que pasa con este hombre que ya se internó dos o tres veces y está mal*".

Para los trabajadores del CAPS el usuario fue un objeto que acompañaban y guiaban por el camino institucional a la geriatización;

C16: Ah, la lógica institucional, claro. Que es una lógica que es bastante particular.

C12: Y sí, porque ahí hubo que hacer la carpeta, hacer los pasos de los requisitos en ANSES, la placa, el informe de la placa para la geriatización.

C16: Hubo que hacer todo un proceso.

C12: Claro. Que lo fuimos haciendo con él, hasta que cae internado de vuelta en el hospital. Y en el hospital se toma la decisión de dejarlo internado hasta... o sea, que no vuelva a la casa.

Geriatización que no tenía asegurado los dones prometidos: comida, control clínico, abrigo, la medicación en el horario correcto; y cuando ya estaban avanzadas las gestiones administrativas para su ingreso, la Directora responsable del Geriátrico Municipal les informa que no tiene lugar disponible:

C12: "Ni aunque me llame la presidenta tengo lugar para este hombre"

C16: En el geriátrico.

C3: "No tengo lugar para este hombre o no tengo lugar para ninguno".

C12: O sea, se armó todo un dispositivo para una respuesta institucional. O sea, se lo metió en una trampa institucional para decirle "no tenemos respuesta".

Y mientras hacían los trámites y esperaban lugar para su geriatrización, el usuario sufre una reagudización de su EPOC y es internado en el Hospital, situación que se mantiene desde hace 20 días.

C16: No se logra geriatrizar todavía.

C12: No. Porque no hay lugar en el geriátrico.

C16: Ahhh no hay lugar en el geriátrico.

C12: En ese camino el vuelve al hospital, descompensando...

C2: Es increíble...

C12: Claro. Descompensado va al hospital.

C16: ¿De qué descompensado? ¿Sufre de qué?

C12: Problemas respiratorios y...

C16: Problemas respiratorios... Y ¿Qué pasó acá?

C12: Y ahí se lo interna, nosotros vamos al hospital a verlo, con el médico que lo ve en el hospital... eh... y nos dice "que está bien, que está bueno, que no nos preocupemos, que podemos resolver esta situación". Pregunta, "¿cómo era la realidad social de él?", le dijimos "que era muy difícil, que estaba solo".

C16: Precaria.

C12: O sea, que una rehabilitación en su domicilio no iba a suceder, en un principio. Eh... asique queda en el hospital hasta que... hasta que Tercera Edad y Familia... mismo sistema le dé una posibilidad de estar en el geriátrico, cosa que todavía no sucedió y está hace veinte días en el hospital.

C12: Y no voy a visitarlo al hospital, porque me agarra una culpa... que fue al hospital, está atado el tipo en el hospital.

C3: Nooooo. ¿Cómo atado?

C12: Porque es grande, porque es grandote, porque grita, porque rompe las pelotas, porque se quiere ir, se cae de la cama y no lo podes levantar. Entonces hay horarios en que... lo tienen atado.

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: ¿Pero tiene un problema de salud mental?

C12: No. Pero lo tienen.

C3: Pero, tienen que hacer una denuncia porque lo tienen en privación ilegítima de la libertad, tranquilamente.

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: Sí, en realidad.

C3: Eso es privación ilegítima de la libertad. O sea ¿no quiere estar en el hospital, quiere estar en su casa?

C12: Y ya llega un punto que él no sabe si está internado por cuestiones de salud o por cuestiones sociales o en que paso está de su vida...

Creemos que se visibiliza bien el lugar del usuario en los procesos de trabajo, tanto del Hospital como del CAPS con este caso 2.

10.7.3 Variable N° 3: La 'caja de herramientas' y sus apuestas ético políticas.

Primer caso (Figura 3):

En este caso encontramos diferentes cajas de herramientas, y sobre todo distintos sentidos ético políticos puestos en los actos del cuidado.

Como relación más general tenemos al Estado nacional que implementa el programa 'Asignación Universal por hijo', constituyendo una poderosa biopolítica:

a) con aspectos distributivos de equidad (su población objetivo es la de mayor vulnerabilidad socioeconómica), por el cual cada madre cobra por hijo \$ 570 por mes⁶;

b) con aspectos de control social, con la obligatoriedad de la escolarización, controles de salud y de cumplimiento del calendario nacional de vacunación de esa población.

La 'Asignación Universal por hijo' es uno de los modos de la institucionalidad operando las políticas nacionales de "inclusión social"; y su implementación y desarrollo ha tenido un efecto de fuertes capturas por lógicas instrumentales: a trabajadores y a usuarios.

Las herramientas tecnológicas utilizadas por la Administrativa 1 se presentan limitadas, con una captura casi total de su relación por la usuaria, por las tecnologías duras de las normas instituidas.

Con una actitud expulsiva no busca resolver las necesidades de la usuaria, ni siquiera preguntándole a su compañera administrativa 2, y la conduce a la salida del CAPS con dos opciones que no van a ayudarla con su necesidad. O al consultorio privado, gastando dinero pero que no le sirve para completar la "Libreta de ANSES", o:

C2: Ah... porque después la otra, "Bueno, salvo que quieras ir al hospital y hablar con Marcia Pérez", le digo, "a OSMU".

C16: Ah... o sea, si era así, era ir a OSMU. Al hospital.

C2: Claro, o sea la bocha por fuera del Centro.

(MURMULLO)

C16: O sea, en realidad le ofrecen la opción que era...

C2: Podes ir adelantándole, "pero vos como no tenés domicilio, te va a pedir cambio de domicilio", le digo. "Pero yo vengo... no, el circo", dijo la chica. "No me voy a quedar a vivir acá".

C16: Perfecto. Lo que también queda claro acá es como, digamos, hay una definición por propia iniciativa, digamos. O sea, están las reglas...

C12: Porque ella consulta.

C16: Ella toma las reglas y las modula para hacer lo que cree justo que es atender a la persona.

⁶ Valores a noviembre de 2014.

C7: Pero a veces son bien usadas, y otras son veces mal usadas.

C16: Claro, hay un sentido, una intención. Hay un sentido.

C12: Una intención expulsiva, digamos.

C16: Claro, esto suena a una línea más rígida de reglas más tipo... "esto es así y no tiene opción" y otro hace una comprensión de la situación y dice "no, no. Hay opciones." Y en las mismas normas encuentra asidero legal, normativo...

La administrativa 2 utiliza una caja de herramientas ampliada por su deseo de ayudar a la usuaria:

C12: Vos intuías que se estaba vulnerando un derecho, digamos.

C2: No, más que intuir, tenía plena conciencia que era una barrera que no... y aparte al margen, de lo legislativo... Si a vos una persona que es trabajadora de circo, es decir no es la multimillonaria de ningún lado, te está diciendo que pierde la Asignación Universal por no dar una prestación... tenés que tener una roca acá "a ver, si te podemos ayudar, te vamos a ayudar".

Puede observarse en el párrafo precedente el único momento del relato de C2 en el que hace mención al *derecho* de la usuaria a ser atendida en el CAPS, mostrando la captura de su sentido cuidador implicado (y del derecho a la salud), por las reglas instituidas. La considera como un "derecho vulnerado", aunque centrado no tanto en lo legal sino justificado por una apreciación subjetiva de inequidad, que afecta a C2.

La Administrativa 2 fue agenciada subjetivamente, tanto es así que luego responde dando más de lo que figura en su subjetividad como "deber ser", poniendo sus haceres tecnológicos a disposición de la usuaria, permitiendo visibilizar arreglos tecnológicos de alta sofisticación, por ejemplo cuando coacciona a la Administrativa 1 hablando por TE delante de ella, haciéndole escuchar sobre la obligatoriedad de hacerle el 'control de niño sano' por motivos legales (un lenguaje compartido);

C2: Llamé delante de ella, entonces escuchó que yo estaba diciendo "entonces es obligatorio". "Ah, bueno listo". Ya después no se podía... nadie se podía hacer el tonto después. Toda la información que nos dieron es "hay que atenderla". Después el Municipio "no lo factura", pero...

Las administrativas, como parte de la 'puerta de entrada' al CAPS, tienen en sus cajas de herramientas tecnologías que les permiten reconocer situaciones de contingencias del

cuerpo anatómico-clínico, y cuentan para ello con una vía informal pactada entre los trabajadores, para atender pedidos por fiebre, dolor o infecciones respiratorias.

C16: A ver... si esta persona hubiera ido por ejemplo por un dolor de muelas... ¿Cómo hubiera podido ser...? O sea...

C2: Eso se resuelve más fácil.

C16: Más fácil.

C2: Sí.

C16: A la guardia del hospital.

C2: Porque... si alguien, fueran los mínimos momentos, que no hay (MURMULLO). Lo hubiesen hecho pasar de forma informal.

C3: Informal.

C2: Si. Sí. En Ameghino, sí.

C16: O sea, por una medida formal.

C2: Sí. "Atendelo, medicalo".

C3: Como si fuera una práctica digamos que tenga. (INAUDIBLE)

C2: No, no. Los médicos en Ameghino son otros... (RISAS)

C16: O sea, ¿tuvo que ver el diagnóstico...?

C2: Sí, sí. Sí, sí, sí.

C16: ¿Tuvo que ver con la necesidad, la necesidad...con el camino? O con la entrada.

C2: Y si porque también creo que si hubiese sido un resfrío, una gripe, algo emergente, un nene con fiebre, quizá... pero también ¿no?... Yo creo que hubiese estado medio teñido todo de informalidad... también.

C3: Claro, es lo que decíamos recién.

C2: "Miralo en enfermería que le tomen la presión".

C1: Claro, porque el control de salud no se toma por una urgencia. Por ejemplo, vos no podés venir hoy, mañana, la semana que viene (VOCES SUPERPUESTAS)

También puede visibilizarse la sobreimplicación económica en las capturas que expresan las acciones de las administrativas, los promotores C1 y C12, y la médica C3; cuyas subjetividades han integrado en sus territorios del trabajo esta barrera administrativa para usuarios "en tránsito", comprendiéndola (y justificándola de alguna manera), desde las dificultades de emitir bonos y de facturación.

C2: Claro, en realidad, si vamos a hablar respecto del paciente ese es el camino. A ella se le resolvió porque la atendió y demás. Ahora, internamente, yo hablé con C1. Hablamos al ANSES, en el ANSES nos dijeron que "sí", que obviamente teníamos que atenderla, y C1 llamó a La Plata al Plan Nacer que nos dijeron que "no podíamos facturar la prestación" pero que estábamos "obligados a dársela". O sea que, se siguió toda la cadena... cómo era el marco legal del incidente. El ANSES tenía la obligación de atenderla acá, por más que no tuviera domicilio. Viste que el ANSES te cita, te citan en una oficina bueno, si vos por "x" circunstancia no estás en ese lugar, directamente te tienen que atender.

En el control de niño sano, C16 utiliza tecnologías duras y blandas duras típicas del hacer biomédico (midiendo la longitud, pesando y examinando el cuerpo físico), tecnologías blandas en la relación con la usuaria madre, ocupándose por su situación de madre adolescente “en tránsito”.

Segundo caso (Figura 4):

En este caso el proceso está dominado por tecnologías duras y duras blandas de trabajadores cuyas acciones pueden ser entendidas como biopolíticas que buscan el control absoluto de la vida del usuario. Hay un camino geriatrizante comparable con un proceso manicomializante, con desapropiación de la autonomía de un adulto mayor como sujeto de derecho;

C12: Pero el hospital no referencia su problema de enfermedad, sino su condición social.

C16: Correcto.

C12: ¿Me explico?

C16: Sí, sí, sí. ¿Y el deterioro por donde pasaba...?

C12: El deterioro físico...

C16: De una persona mayor

C12: De una persona mayor... con mucho trabajo y sola... no tiene familiares... eh...

C12: Una situación social muy precaria y una situación ambiental muy...

C16: ¿Fuiste a la casa vos?

C12: Sí, sí, sí.

C16: ¿Y cómo...?

C1: Tiene familia el hombre...

C12: Sí, sí. Una situación social muy complicada. Está solo, aislado.

C16: Con una enfermedad de la vejez.

C12: Sí, sí, sí. Con enfermedades propias de la vejez, imposibilidad de caminar... eh... y un cuadro general.

C12: Sí, el me lo decía.

C16: Él lo decía.

C12: Sí, si “necesito ayuda”.

C12: Los fuimos a ver, volvimos a ver la misma situación que al principio...

C16: Con la Trabajadora Social.

C12: Sí, sí con la Trabajadora Social.

C16: Plantea esto.

C12: Y el médico clínico deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: O sea que vuelve al Centro.

C12: No, no. En la misma atención, con esa salida, el médico clínico deriva la situación a la Trabajadora Social.

C16: ¿Que la ve en el momento o tiene que volver a verla?

C12: Que vayamos a ver y que le resolvamos porque es...

C16: Un tema social.

C12: Hay que institucionalizar.

C12: Se le habla de una posible geriatización y entonces accede; y el médico clínico -automáticamente-, deriva a la Trabajadora Social...

C16: Acepta ¿Por qué? Porque es la oferta del Servicio...

C12: Acepta porque es la única oferta que se le da. No hay otra oferta. Se ve en muchos casos.

C16: O sea es muy interesante, acá se puede ver, como la necesidad del usuario es procesada con ofertas estandarizadas.

Es un adulto mayor referenciado a la trabajadora social del CAPS por parte de la trabajadora social del hospital al “alta médica” (con una nota de derivación por internaciones reiteradas por sus enfermedades, con sospechas de “causas sociales”). Presenta disminución relativa de su autovalencia para las ‘actividades de la vida diaria’, contando con recursos materiales (jubilación y casa “propia”), y hasta con una “inquilina” que lo ayuda en el cotidiano (al menos le cobra la jubilación).

C12: Y, la hegemonía institucional. O sea, la cuestión de no salirse de la maquina institucional.

C3: ¿Por qué? Porque para vos había otra forma...

C12: Sí, sí

C3: Porque para vos había herramientas.

C12: Y, mira lo que hizo ella. Hay una chica que vive en la parte de atrás de la casa, que teóricamente él le dio esa parte de la casa para que lo cuide pero...

C3: No se buscó, por ejemplo, un cuidador de PAMI,

C12: No se buscó un cuidador de PAMI, no se buscó un vecino... eh...

C2: Porque aparte vos decís...

C12: Había opciones.

C2: La foto es, el hombre solo, en el sentido de no familiares -en primera instancia-, no familiares que aparezcan.

C12: No. No familiares acá. Tiene una hija que está en Mar del Plata, me parece.

C2: Bueno pero alguien pensó “vamos a llamar a la hija para ver... (NO SE ENTIENDE), y vos ves una fotito, ¿no?

C12: A veces se resuelve.

C2: Una cosa es darle todas las opciones, como decís vos, le tipo solo y aislado, solo en el sentido de vivir solo en la vivienda. Aislado no está.

C12: No.

C2: Porque si tiene la autonomía para pagarle a una señora para que lo cuide, así sea del barrio.

C12: No, por eso te digo.

C2: Hay alguien del barrio que le trae las viandas... eh... a cobrar, tiene que ir a cobrar... o sea, algún tipo de autonomía tiene. Que le costará cada vez más, seguramente, porque las personas que han sido autónomas toda la vida, obviamente, empezás con los primeros cosas, te sentís que te vas limitando. A su vez, lo físico avanza en el sentido del deterioro, porque no se puede frenar, que siga perdiendo la visión...

C12: Sí, sí.

En este caso se llega a una aproximación de singularidad en el diagnóstico de la situación, visibilizando una caja de herramientas sofisticada en el promotor C12. Sin embargo, cuando realiza los arreglos tecnológicos de sus acciones, no los utiliza para producir un proyecto terapéutico creativo, que implique trabajar con vínculos, las redes sociales, etc., en un camino a la autonomización de ese usuario.

La disputa la gana la caja de herramientas de la razón instrumental institucional subjetivada, que encuentra su máxima expresión en el territorio identitario biomédico de C15, quien indica la geriatrización. De igual modo, la Trabajadora Social C25 sostiene el trayecto, hace un informe que reafirma la geriatrización. Estas cajas de herramientas con tecnologías duras y blandas duras de lo instituido, capturan el sentido del trabajo del promotor de C12, quien sufre sin mucha resistencia por los resultados.

C16: Te pregunto, dentro del menú opciones ¿Por qué te parece a vos que se eligió esta y no otra? ¿Por qué esta?

C12: Porque responde a la lógica...

C16: Asociar esta idea de hegemonía... a ver, desarrolla un poquito eso.

C12: Es como la situación de la administrativa uno, que se ampara en un sistema rígido para decir "no estás dentro de los parámetros del sistema". O sea, el sistema es esto y si cumplís los requisitos entras, y si no cumplís los requisitos del sistema estas afuera. En este caso, cumple los requisitos del sistema para entrar en una institucionalización geriátrica... eh... no se evalúa una situación más comunitaria. Más comunitaria o cooperativa. O sea, se minimiza el recurso y todo a la lógica institucional.

C16: A la lógica institucional, claro. Que es una lógica que es bastante particular.

C12: Y sí, porque ahí hubo que hacer la carpeta, hacer los pasos de los requisitos en ANSES, la placa, el informe de la placa para la geriatrización.

C16: Hubo que hacer todo un proceso.

C12: Claro. Que lo fuimos haciendo con él, hasta que cae internado de vuelta en el hospital. Y en el hospital se toma la decisión de dejarlo internado hasta... o sea, que no vuelva a la casa.

Los tres trabajadores de salud intervinientes en el caso utilizan la clínica médica como tecnología blanda dura que produce la coerción y la aceptación del usuario de la lógica biológica y de caridad, que le imponen las instituciones, como la nueva manera de comprender su sobrevivir: su geriatrización.

C12: Tal cual ese es el criterio porque yo acá, esa situación la planteo porque la veo repetida. Entonces, el concepto es que lo último lo pase eh... lo mejor posible. Como si un geriátrico fuera lo mejor posible para una persona. Están decidiendo por la persona en realidad.

C1: Que si no queda otra alternativa... para que esté solo, sin higiene, sin comer y sin...

C16: ¿Y que se pensaría? Si ustedes piensan en una geriatrización, que beneficio... ¿Qué mirada estoy teniendo del usuario?

C3: Y estoy teniendo una mirada totalmente de objeto, digamos. Yo decido por su bien, me parece bien, por su bien.

C16: ¿Y cómo es ese objeto? Supongamos... vos te referís, perdoname, estas queriendo decir no como sujeto sino como una cosa.

C3: Como objeto.

C16: Como un cuerpo.

C3: Igual no porque yo sea mala, o una hija de puta. Porque insisto no creo que seas un hijo de puta porque lo miro como un objeto. Esta mirado del lado

de la beneficencia "Pobrecito no puede solo, no puede..." Por ahí es lo mejor estar en una institución. Entonces, yo decido por él porque yo sé que él sabe, y decido por vos. Desde ese lugar digo.

C16: Yo pienso que ahí está mirando en el cuerpo- que un poco apunta a lo que vos decías, distinto, pero – en el sentido de ¿qué ofrece un geriátrico? Ofrece comida, control clínico, abrigo...

C12: Y la medicación.

C16: Y la medicación en el horario correcto.

C3: El asilo.

C16: Que da una seguridad que...

C3: El asilo.

C16: El asilo.

C3: Con una mirada de asilo que se tiene desde hace años y no se cambia.

O sea, que hay un enfoque en pensar el bien de una persona.

C12: O sea, que hay un enfoque en pensar el bien de una persona en términos clínicos

C16: En términos de clínica biomédica.

C12: Claro.

C3: Es pensar en la residencia geriátrica en términos de lo que se pensó... insisto, años en una residencia para hacer beneficencia, para aislar a alguien que está solo y como... una cuestión médica.

C16: Eso significa asilo ¿Qué diferencia hay entre geriátrico y asilo?

C3: No, no. Es lo mismo la cuestión es que un geriátrico puede tener una mirada asilar o una mirada de derecho si quieres. En ninguno creo... es asilado este viejo "pobre, pobrecito". Beneficencia.

No se perciben líneas de fuga de los procesos de trabajo casi totalmente capturados por las tecnologías duras de las reglas y los procedimientos instituidos.

Las ofertas disponibles en el CAPS para este usuario con problemas sociales:

- a) no contempló su singularidad y complejidad;
- b) fueron eminentemente biomédicas;
- c) no consideraron al usuario como sujeto protagonista de su existencia;
- d) fue utilizando arreglos tecnológicos que están bien lejos de construir biopotencia en el usuario (*buenos encuentros*);
- e) produjeron la queja del promotor C12 (con un rol subalterno), por cómo resultaron las cosas.

C12: Y no voy a visitarlo al hospital, porque me agarra una culpa... que fui al hospital, está atado el tipo en el hospital.

C3: Nooooo. ¿Cómo atado?

C12: Porque es grande, porque es grandote, porque grita, porque rompe las pelotas, porque se quiere ir, se cae de la cama y no lo podes levantar. Entonces hay horarios en que... lo tienen que atar.

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: ¿Pero tiene un problema de salud mental?

C12: No. Pero lo tienen.

C3: Pero, tienen que hacer una denuncia porque lo tienen en privación ilegítima de la libertad, tranquilamente.

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: Sí, en realidad.

C3: Eso es privación ilegítima de la libertad. O sea ¿no quiere estar en el hospital, quiere estar en su casa?

C12: Y ya llega un punto que él no sabe si está internado por cuestiones de salud o por cuestiones sociales o en que paso está de su vida...

(VOCES SUPERPUESTAS)

C3: Eso es para hacerle al hospital un hueco así tremendo. Eso es privación ilegítima de la libertad, de acá a la China.

C2: Pero es raro (VER) que no hayan actuado, porque viste cuando los internan así siempre aparecen.

C12: La respuesta del sector, que teóricamente tiene que resolver institucionalmente esto. Porque para que vos pongas todas estas decisiones y caiga bien, porque vos tenés que tener la certeza que eso se va a dar. Ahora la respuesta fue "ni aunque me llame la presidenta tengo lugar para este hombre".

C2: ¿La qué?

C12: La respuesta.

C2: ¿Y entonces?

C12: "ni aunque me llame la presidenta tengo lugar para este hombre".

C16: En el geriátrico.

C3: "No tengo lugar para este hombre o no tengo lugar para ninguno".

C12: O sea, se armó todo un dispositivo para una respuesta institucional. O sea, se lo metió en una trampa institucional para decirle "no tenemos respuesta".

C3: Un preso parece.

C16: Es tremendo.

C3: Si este hombre fuera a la casa ¿estaría muy mal en la casa?

C12: Sí, en realidad vuelve a estar internado por cuestiones clínicas otra vez.

C3: Y si ya está compensado, ¿no puede volver a la casa?

C12: Sí, pero el deterioro es grande. Tiene EPOC, tiene (VOCES SUPERPUESTAS)... casi no camina, camina muy poco.

C2: No hay lugar.

C16: Pero el hospital es lo peor que le puede pasar, estar quieto en una cama.

C3: Claro, ya lo dejaste quieto para siempre.

10.7.4 Variable N° 4: Los encuentros del trabajo, sus modalidades de expresión y de relación.

En ambos casos pueden identificarse intercesiones de variable intensidad en los encuentros del trabajo. El primer encuentro que vamos a analizar es:

Trabajador – investigador:

En el encuentro convocado, el investigador adoptó una actitud pedagógica, con una nueva presentación de los objetivos de la investigación y con nuevos aportes teóricos: el 'flujograma analizador', la focalización en el usuario, el reconocimiento de los espacios informales y las acciones afectivas.

C16: Estamos en el tercer taller, hoy es 19 de noviembre, y entonces estamos con esta propuesta de avanzar con la investigación del trabajo. Y que está, especialmente está formateada, convocada desde el espacio de capacitación también. Eh... entonces va a haber una idea de compartir ciertas cuestiones y poder analizar el trabajo desde un marco teórico. Acá tenemos esto, que es una forma de graficar el servicio de salud actual, ¿no? Se llama flujograma, tiene la idea de proceso de trabajo, ¿verdad? Ehhhh... que dibuja, permite analizar, el recorrido que hacen las personas que vienen a atenderse o que, vienen por necesidades y nosotros proveemos la atención, ¿no es cierto? Entonces esto, de alguna forma, lo que está queriendo decir es pensar, organizar este recorrido que hace el paciente desde... ehhhh... como si fuera una cadena de producción, digamos ¿no? Donde hay partes elaboradas. Siempre, por lo general viene alguien. Se enteró, viene, saca un turno, es atendido, etc. En definitiva va recorriendo por distintas partes de los servicios hasta que sale. Entonces hay una entrada que se dibuja en forma de ovalo. Y hay una salida... se supone que la persona... digamos, por ejemplo, puede ser que una persona se haya ido con el alta total y no venga más. Me pasó, tenía que firmar un papel que decía "no viene más"; o puede ser que requiera un análisis, va, vuelva. O sea, ahí se genera como una red de la producción, un camino. Entonces, ese recorrido, intenta ser mapeado con esta herramienta que se llama flujograma analizador. Que es una herramienta famosa para ver desde el lado del paciente. La idea es vernos, ya no las relaciones, sino vernos y poniéndonos en el lugar del otro y ver, bueno a ver que, como es el trabajo que se hace en el sentido del procesamiento de la necesidad, con el problema que trae el otro. Entonces, eh... después de una entrada -que puede ser el umbral- ehhhh... lo que tenemos que... bueno, después de la entrada lo que hay que saber acá que los que entran -la x cantidad de gente que entra-, hay que agregarle aquellas otras personas que por algún motivo no llegaron a entrar. Puede pasar que alguien diga "ya sé que no hay médico, no voy directamente". Puede pasar que, bueno, por distintas cuestiones no llegó, ¿no? O lo resuelvo por otro lado porque se algunas cosas. O sea, no todos los que tienen necesidades entran en la cadena productiva, entran en el Centro de Salud. Finalmente, todo el tiempo se están tomando decisiones sobre como procesar ese problema. Digamos, en este caso, podemos hacer un clásico, sería: llega un usuario y se encuentra con una administrativa, la administrativa ensaya una pequeña investigación donde pregunta cómo se llama, si tiene obra social, si es del área programática, etc., etc. Como para encuadrar la situación y decir "no, no. Nosotros no te podemos ayudar. Anda al hospital", puede decir, o "sí. Dentro de la oferta que tenemos, está el médico generalista, o está el fonoaudiólogo, o está el cardiólogo. Venite el martes". Entonces hay como una decisión ¿eh? Puede ser "sí" o "no". Si es "no", esto se reencamina por otra cadena. O sea, la persona sigue con problemas; generalmente la persona sigue yendo en busca de una solución "no encontré, me voy a otro centro". Si es "no" porque supongamos no hay médico, "me voy a otro centro". Si es "sí", bueno ¿qué ofertas existen en el efector? Acá estamos analizando los Centro de Salud. Entonces, el menú de oferta es muy amplia. Ahí entran todas las prestaciones que se hacen, y no sólo la de consultorios formales sino otras modalidades como, charlar con alguien en el pasillo, como ehhhh... contener, escuchar. O sea, otro tipo de actividades que también, entonces, forman parte de las ofertas. Por ahí, hay gente que viene porque tiene ganas, porque se siente bien en el lugar y llega. Bueno, ¿Cuál es...? No está tan claro, no es una consulta en el consultorio. Sin embargo, el cuidador está ejerciendo una cosa, por ahí, más afectiva. Que hace que vayan a prestación por más que no tenga forma de...

C3: Por más que no tenga códigos.

C16: ¿Cómo?

C3: Por más que no tenga códigos.

C16: Por más que no tenga códigos.

(MURMULLOS 05:40/)

C2: Todo tiene código. Me preguntas y yo te digo, a eso le pongo J062.

(RISAS)

C16: Interesa mucho poder describir los criterios que se usan en cada parte. Si yo opto por esta, si se optó por, en este caso, por esta decisión. El paciente no tenía que ver con Tribunal de Familia, por decir algo. Bueno, ¿Qué criterios se usaron para hacer esa elección? Decimos “no, la persona vino con golpes en la cara y termina siendo visto por el psicólogo, orientado por la administrativa, con el psicólogo. Bueno ¿qué criterios? ¿Se dan cuenta? Eso es importante. O sea, los elementos que se tuvieron en cuenta para decir esto se trabaja de esta forma. “no, no. Mejor anda al odontólogo primero y después anda al médico ¿con que criterio se hizo? Bueno, un poquito eso sería. Los criterios de decisión ¿verdad? Y eh... tratar de... eso, más que nada eso. Entonces, bueno, estamos un poquito complicados porque somos de barrios diferentes, pero bueno...

Primer caso (Figura 3):

Se analizan las relaciones acontecidas entre:

Trabajador – trabajo (administrativas 1 y 2):

a) las trabajadoras administrativas tienen un encuentro con su trabajo, muy normatizado y controlado, con funciones administrativas y económicas que en algunos casos las implica hasta ser las organizadoras de sus procesos de atención;

b) tienen diversos encuentros con intercesores como la facturación del Plan Nacer, la productividad médica, la complejidad de la codificación del trabajo, cuestiones que afectan sus subjetividades de tal modo que pierden el sentido cuidador, como “alienándose” en un territorio muy capturado por lo instituido;

C2: La entrada es una paciente en tránsito que solicita control de niño sano para presentarlo en la libreta de ANSES (INAUDIBLE). El niño en el Plan Nacer. Esa es la entrada.

C16: ¿Llega a dónde?

C2: Recepción, administración le niega posibilidad de atenderla porque no tiene historia clínica, ni domicilio local.

C2: Aparte el médico... no tiene turno, no está al pedo, no le va a cobrar, no se va a registrar, no la atienden. Fue el criterio, ¿no?

C16: Vos dirías que el criterio es administrativo ¿no? El administrativo toma una decisión.

C2: Sí, netamente.

c) sus territorios existenciales manifiestan pocas intensidades, cuerpos con poca potencia de hacer. Abrir el sistema al nuevo usuario tiene mucho trabajo... mejor que vaya a atenderse a otro lado que tenga turno.

C2: *Que vienen de acá, que vienen de allá. Obviamente la gente... a veces lo que la gente, va a una consulta atrás de otra porque busca satisfacer la demanda, busca satisfacer la demanda en el menor tiempo posible o... es más, no es porque se le diga que no. Quizá vos le decís "te puedo dar para la semana que viene", y ellos prefieren "no, porque hoy me tome el día u hoy porque no sé qué...*

C12: *Para mí es un caso que puede generar dudas en cualquier centro, no es un caso típico, es un caso atípico.*

C2: *Si, no sé si sólo ahí.*

C12: *Lo que sí está en la cuestión de tratar de resolverlo.*

C2: *Claro.*

C12: *Por ahí, en los demás Centros no hubiese habido una intención de reciprocidad.*

C16: *Y mirándolo desde la tecnología, desde los conocimientos que se aplicaron para hacerlo. ¿Qué diferencia hay entre las dos posibilidades? Digamos...*

C3: *¿diferencias en cuanto a qué?*

C16: *Por ejemplo, para esta vía ¿qué conocimientos, que tecnología se usó para esta vía? Que habla de... bueno "tenés una opción, andate, inscribite como que sos OSMU, anda al hospital o anda a Servicio Social".*

C3: *La más fácil.*

C16: *O anda y paga el consultorio privado... eh... para hacer este trabajo ¿Qué tecnología se requirió?*

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: *Pará un poquito, más fácil. Profundiza un poquito la idea de fácil.*

C7: *Mas fácil... como lavarse las manos. "no te podemos ayudar", listo.*

C16: *Claro...*

C7: *"Andate a un privado".*

C16: *Como un descompromiso.*

C7: *Claro.*

Trabajador – usuario:

El encuentro de las administrativas con la usuaria "en tránsito", fue un acontecimiento que *afectó* de distinto modo a las administrativas:

a) la administrativa 1 realizó un ejercicio de control y dominó el acontecimiento, haciendo funcionar las normas instituidas como barreras, aunque ese sea uno de los usos posibles de las reglas. Como la usuaria insiste, movilizada por la exigencia del control de salud para cobrar la Asignación Universal por Hijo, tensiona el encuentro, *afecta* a la administrativa 2, que escuchaba en el escritorio contiguo.

C16: *¿Llega a dónde?*

C2: *Recepción, administración le niega posibilidad de atenderla porque no tiene historia clínica, ni domicilio local.*

C12: *Vos intuías que se estaba vulnerando un derecho, digamos.*

C2: *No, más que intuir, tenía plena conciencia que era una barrera que no... y aparte al margen, de lo legislativo... si a vos una persona que es trabajadora de circo, es decir no es la multimillonaria de ningún lado, te está diciendo que*

pierde la Asignación Universal por no dar una prestación... tenés que tener una roca acá "a ver, si te podemos ayudar, te vamos a ayudar".

b) la administrativa 2 vive el acontecimiento intensamente, es subjetivada en un encuentro muy intercesor con la usuaria, que la lleva a producir un encuentro trabajador – trabajo, pero a diferencia de la administrativa 1, utiliza las redes normativas para imponer un sentido distinto, cuidador. Utilizando las normas inscriptas en los convenios del Plan Nacer defiende la obligatoriedad de atención a la usuaria beneficiaria, aunque por estar “en tránsito”, no sea una prestación facturable por nuestro distrito.

C2: Y no, no, no, no le entraban las balas

C3: ¿Vos estabas escuchando?

C2: Inevitable escuchar, en el trabajo mío imaginate...

C16: ¿Entonces qué hiciste vos?

C2: Yo le dije a la administrativa uno que, como era beneficiaria del Plan Nacer, había obligatoriedad del Municipio para atenderla. Había que resolver la situación.

C2: Llamé delante de ella, entonces escuchó que yo estaba diciendo "entonces es obligatorio". "Ah, bueno listo". Ya después no se podía... nadie se podía hacer el tonto después. Toda la información que nos dieron es "hay que atenderla". Después el Municipio "no lo factura", pero...

El acontecimiento la implica y la moviliza con acciones de gestión integral centrada en la usuaria, brindándole servicios más allá de su pedido de control de salud;

c) otro encuentro que se visibiliza es el del usuario con la organización del CAPS, dedicada a procesar distintos objetos de trabajo. Como se analizó en la Variable N°3, el motivo de la solicitud de asistencia cambia el significado del “usuario” para los trabajadores; si lo que motiva la consulta es una enfermedad contingente (fiebre, dolor, infección respiratoria), o si la demanda es por una atención considerada no urgente (como el control de niño sano).

En esa situación se visibiliza el diagnóstico como variable determinante de usuario, casi ocupando su lugar.

C16: A ver... si esta persona hubiera ido por ejemplo por un dolor de muelas... ¿Cómo hubiera podido ser...? O sea...

C2: Eso se resuelve más fácil.

C16: Más fácil.

C2: Sí.

C16: A la guardia del hospital.

C2: No, porque... si alguien, fueran los mínimos momentos, que no hay (MURMULLO). Lo hubiesen hecho pasar de forma informal.

C3: Informal.

C2: Si. Sí. En Ameghino sí.

C16: O sea, por una medida formal.

C2: Sí. "Atendelo, medicalo".

C3: Como si fuera una práctica, digamos que tenga.

(INAUDIBLE)

C2: No, no. Los médicos en Ameghino son otros...

(RISAS).

C16: O sea, ¿tuvo que ver el diagnóstico...?

C2: Sí, sí. Sí, sí, sí.

C16: ¿Tuvo que ver con la necesidad, la necesidad... con el camino? O con la entrada.

C2: Y si porque también creo que si hubiese sido un resfrío, una gripe, algo emergente, un nene con fiebre, quizá... pero también ¿no?... yo creo que hubiese estado medio teñido todo de informalidad... también.

C3: Claro, es lo que decíamos recién.

C2: "Míralo en enfermería que le tomen la presión".

C1: Claro, porque el control de salud no se toma por una urgencia. Por ejemplo, vos podés venir hoy, mañana, la semana que viene (VOCES SUPERPUESTAS).

C2: Desde la concepción administrativa... cuando es del "niño sano" sabes que tenés que hacerlo y no podés... decir... "no te diste cuenta", digamos.

C1: El criterio de la pediatra de acá era: primero urgencia y después dos controles de salud cada vez que venía, dos nada más, en tres horas. Dos controles nada más, todo lo otro, lo demás, lo que es...

C2: Demanda espontanea.

C1: Sí, sí.

C16: Digo, aparentemente es como que las reglas son eh... interpretadas... mi pregunta es... con las reglas existentes, si uno cumple las normas, ¿es posible que alguien no sea atendido?, como en este caso ¿es posible que no sea atendido? Si no es la vía informal o si vos no intervenís.

C12: Sí.

Esto nos da acceso a un acuerdo del trabajo: hay una vía pactada, acordada tácitamente entre trabajadores, utilizando el espacio informal para resolver problemas que el espacio formal no logra hacer, es para las urgencias priorizadas desde una concepción biologicista de las necesidades de salud;

d) el encuentro del control de salud con C16 (e investigador), fue empático y con cierta integralidad.

Las narrativas en acto permiten visibilizar momentos intensos de acontecimientos y la fuerza de la subjetividad en la micropolítica del trabajo en salud:

C3: Y ¿Por qué acá sí y allá no?

C2: Porque aparte... y porque sí.

C3: ¿Por qué ella decide allá decirle que no y acá decirle que sí?

C2: Porque la mañana, la maneja la doctora de la tarde, en Ameghino.

C1: ¿Pero en ese momento no había médico para atenderla en el consultorio?

C2: Había médico pero no de niños.

C3: No de niños

C2: No.

C3: Porque lo que llama la atención, bueno, ya sabemos en realidad aparte de todo es, si es el mismo sistema de salud, dentro de una misma Dirección de Salud, hay dos formas distintas de atención, para dos casos distintos y dos soluciones distintas para un mismo problema, digamos. ¿O no? Por ahí, hubo ahí cierta urgencia. Porque estabas vos ahí, estuviste vos para avivar. Y después de la avivada tenías a la...

Aún con las mismas fuerzas de contexto los trabajadores actúan de forma muy diferente. He allí el peso de la subjetividad en el cotidiano laboral y sus resultados.

Trabajador – trabajador:

a) en este primer caso hay un encuentro micropolítico intenso entre las dos administrativas (con éticas aparentemente antagónicas). El encuentro con la usuaria produjo distintos efectos en las Administrativas 1 y 2, y C2 (Administrativa 2), opera micropolíticamente para imponer sus sentidos del trabajo;

b) como se observa en la próxima cita transcripta, la Administrativa 1 actúa con sus representaciones (colectivas), construidas micropolíticamente en el socius laboral;

C12: Sí, pero también hay que observar como decía C3... hay dos carriles administrativos según su concepción... ¿que jugó en ella, que juega en ella para esa negativa? Porque no está sola en el Centro, porque también responde a la demanda del médico o de los profesionales que dicen "no, cualquier dudita no me lo mandes".

C2: Claro.

C12: "No, si está embarazada, yo no la atiendo". Entonces, la administrativa también tiene una carga de... de ese instante, que no son de ella sola.

C1: Sí, claro "¿yo como tiro el bono? ", en este caso. Porque un control de salud...

C12: Claro, o sea si ella... una historia clínica, le dan un turno y le generaron 250 mil despelotes más también.

C2: Sí.

C12: Mas que Ameghino.

C2: Sí.

C12: O sea, también actúa, no sólo por su... por su pensar o por su cuestión sino que están excluidas, por otras cuestiones del Centro.

Con las narrativas de C12 y C2 pueden visualizarse aspectos éticos de la micropolítica del trabajo, mostrando por un momento el funcionamiento del 'plano de organización': los acuerdos del trabajo con las representaciones construidas en los encuentros del cotidiano laboral capturan el sentido del sujeto cuidador, cuestión que también se visibiliza en las palabras subjetivadas de C2: *"Aparte el médico... no tiene turno, no está al pedo, no le va a cobrar, no se va a registrar, no la atienden. Fue el criterio";*

c) la relación entre administrativas llevó a conectar a la administrativa 2 con la administrativa C4, encargada del Plan Nacer de la DSC, quien se comunica con la administrativa del Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata. Así se informa sobre la obligatoriedad de realizarle el control de niño sano a una beneficiaria del Plan Nacer, aunque no lo puedan facturar; luego, una comunicación

telefónica de la administrativa C4 de la DSC a la administrativa 2 es utilizada por ésta para imponer su caja de herramientas.

Trabajador – caso:

Se refiere a los encuentros de trabajadores que no participaron directamente en el caso y estaban teniendo en ese taller-acontecer, un encuentro con el caso.

-C3 es la única trabajadora que trae la idea que se tenía que atender porque era un derecho de todo ciudadano.

-C1 conoce el trabajo de administrativa ya que es frecuente que realice este rol, reemplazando a alguna administrativa. El caso no parece acontecer, capturada por las limitaciones del sistema administrativo;

C1: ¿Y cómo se registra después a esa nena, como ser en el sistema, para después sacar el bono y llegue al médico todo?

C1: Sí, claro “¿yo como tiro el bono? “, en este caso. Porque un control de salud...

Segundo caso (Figura 4)

Del segundo caso distinguimos los siguientes encuentros:

Trabajador – trabajador:

a) es mediante un “informe social” que se notifica sobre una situación que “*no está bien*”, “*fíjense qué pasa con este hombre que ya se internó dos veces y está mal*”; en este encuentro con la solicitud del hospital, es el informe el que agencia la mirada hacia lo social, la trabajadora social del hospital le pide intervención a la trabajadora social del CAPS (C25). Sin embargo nada llega como epicrisis o comunicación sobre la vulnerabilidad biológica o psicológica del usuario (que las tenía: EPOC, vejez, angustia, etc.);

b) otro encuentro es el que la Trabajadora Social C25 y el Promotor de la Salud C12 tienen con el médico clínico C15, cuando le “*deriva la situación a la trabajadora social*”, porque “*hay que institucionalizar*”. En ese encuentro domina la hegemonía biomédica, que impone los criterios biomédicos de la prolongación de la vida del cuerpo biológico;

C16: Pero el médico clínico. El clínico es el que ya piensa en eso...

C12: El clínico le informa a la... [...]

C12: Informa a la social con pedido de intervención para geriatrizar.

C16: Ahora sí, ahora sí te entendí.

C12: Comunícate con Fabiana Zelayeta y ponelo en el geriátrico.

Un ejemplo de ejercicio de relaciones de 'poder sobre' otros, y no 'poder con' el usuario, los compañeros trabajadores, o la red social del adulto mayor;

c) un encuentro intercesor con afectaciones tristes es el que le acontece a C12 con sus dos compañeros, quien no encuentra fuerzas para accionar con la caja de herramientas deseada. De sus narrativas surge que estando en desacuerdo, ya que había más opciones para ofrecerle al usuario, no ha disputado con la caja "institucionalizada" que los C15 y C25 trabajaron.

C12: Y, estaba bien orientado, lo que le dijimos... no se le dio otra opción.

C3: Digamos, se le da la opción pero primero se charla con él, le preguntan "¿Qué te parece?"

C12: Sí, sí. Eso sí. Él dice que sí porque él ve que ya no puede estar solo.

C3: El también acepta esta opción, digamos. Entiende, digamos.

C12: Sí, sí.

C16: ¿Y qué criterios primaron para que esta sea la oferta que se tiene y no una consulta?

C12: Y, la hegemonía institucional. O sea, la cuestión de no salirse de la máquina institucional.

C3: ¿Por qué? Porque para vos había otra forma...

C12: Sí, sí.

C3: Porque para vos había herramientas.

C12: Y, mira lo que hizo ella. Hay una chica que vive en la parte de atrás de la casa, que teóricamente él le dio esa parte de la casa para que lo cuide pero...

C3: No se buscó, por ejemplo, un cuidador de PAMI,

C12: No se buscó un cuidador de PAMI, no se buscó un vecino...eh...

C2: Porque aparte vos decís...

C12: Había opciones.

Trabajador – trabajo:

a) este encuentro sucede al interior de los trabajadores con sus subjetividades permanentemente agenciada por los procesos de trabajo, que subjetivan a un trabajador que se acciona todo el tiempo con procedimientos muy instituidos.

Tienen su expresión en el C12, quien encuentra posible ampliar el menú de ofertas, con alternativas desde su red social e institucional "*No se buscó un cuidador de PAMI, no se buscó un vecino... [...] Había opciones*". Sin embargo se auto anula por lo que llama "*la hegemonía institucional. O sea, la cuestión de no salirse de la máquina institucional*";

b) otro encuentro es el que C12 tiene con las normas instituidas del trabajo, con el expediente de geriatrización, sus procedimientos burocráticos "*hubo que hacer la carpeta, hacer los pasos de los requisitos de ANSES, la placa, el informe de la placa para la geriatrización*", y con la primera pregunta: ¿es la geriatrización la solución? Algún engranaje de la máquina organizacional no funcionó, y C12 se encuentra con lo inútil y lo alienado del trabajo: al final, no había lugar en el Geriátrico...

C16: No se logra geriatrizar todavía.
C12: No. Porque no hay lugar en el geriátrico.
C16: Ahhh no hay lugar en el geriátrico.
C12: En ese camino el vuelve al hospital, descompensando.
C2: Es increíble...
C12: Claro. Descompensado va al hospital.
C16: ¿De qué descompensado? ¿Sufre de qué?
C12: Problemas respiratorios y...

La respuesta de la autoridad responsable del Geriátrico acontece en C12: *“ni aunque me llame la presidenta tengo lugar para este hombre”, y “O sea, se lo metió en una trampa institucional para decirle ‘no tenemos respuesta’”*.

C12: *La respuesta del sector, que teóricamente tiene que resolver institucionalmente esto. Porque para que vos pongas todas estas decisiones y caiga bien, porque vos tenés que tener la certeza que eso se va a dar. Ahora la respuesta fue “ni aunque me llame la presidenta tengo lugar para este hombre”.*
C2: *¿La qué?*
C12: *La respuesta.*
C2: *¿Y entonces?*
C12: *“ni aunque me llame la presidenta tengo lugar para este hombre”.*
C16: *En el geriátrico.*
C3: *“No tengo lugar para este hombre o no tengo lugar para ninguno”.*
C12: *O sea, se armó todo un dispositivo para una respuesta institucional. O sea, se lo metió en una trampa institucional para decirle “no tenemos respuesta”.*
C3: *Un preso parece.*

C12 piensa al poder como un acumulable que posee la institución, y cuando habla con impotencia no se piensa él como protagonista, sino mirando la escena desde afuera *“Están decidiendo por la persona en realidad”*.

C12: *Sí, pero quiero decir la solución se le dio por una vía institucional, igual que en este caso. La solución siempre cae en una vía institucional, como que el poder lo tiene la institución y nosotros estamos a la merced de la institución, de lo preestablecido en la institución*

Trabajador – usuario:

a) El primer encuentro es en el domicilio del usuario, *“se contacta al hombre en su domicilio y se coordina un turno”, “una entrada indirecta o sea no vino el paciente por propia voluntad”*. Es un encuentro con la situación de las muchas vulnerabilidades psicofísicas y de algunas fortalezas del usuario. Las narrativas de C12 son conmovidas, con intensidades de

intercesión cuando describe que *“él se ve en una situación angustiada”*. El usuario es conducido a una consulta clínica en el CAPS.

b) el usuario acepta la *geriatriización* *“porque es la única oferta que se le da. No hay otra oferta. Se ve en muchos casos”*.

Para el usuario difícilmente ha significado un *buen encuentro* con los trabajadores. Esto es muy importante por las posibles repercusiones terapéuticas que tienen los encuentros, que según como resulte la intercesión del cuidado, puede disminuir la fuerza de existir de los pacientes (de vivir, de autocuidarse, etc.), vital para un usuario con deterioros y vulnerabilidades severas pero con posibilidades de autovalerse (supuesto teórico);

c) el usuario tiene el encuentro con el médico clínico C15, que lo atiende y le solicita nuevos estudios, en palabras del promotor C12:

C12: El médico le ofrece un servicio que... bueno, que el paciente no lo ve como productivo. Lo ve como una atención más del hospital. No hay una solución de sus cuestiones. Sino que le mandan a hacer estudios de vuelta.

En esa primera atención el médico deriva la situación a la trabajadora social, *“que lo vayamos a ver y que le resolvamos, [...] Hay que institucionalizar”*. Otro *mal encuentro* para el usuario.

d) hay coincidencias entre C12, C2 y C3 en que las miradas que prevalecieron en las relaciones fueron las de sacar al usuario de sus procesos de trabajo (como un problema que traería mucho trabajo); y de beneficencia y caridad, con un usuario reducido a objeto: *“pobrecito, no puede solo, no puede”*, que hay que decidir por él, por su bien.

C3: En realidad, dice... es parecido allá, digamos... la geriatriización debe ser un último recurso, habiendo agotado todo...

C12: ¡Claro!

C3: Aquí se prioriza como primer recurso, ¿por qué? Porque te los sacas de encima... en función de mi trabajo y no en función del bienestar de la persona.

C12: Sí, sí

e) otro *encuentro triste* con el usuario (y su trabajo), lo vivió C12 cuando va al hospital a visitarlo, por estar internado con reagudización de sus padecimientos (mientras esperaba su lugar en el geriátrico), y lo encuentra atado a la cama:

C12: Y no voy a visitarlo al hospital, porque me agarra una culpa... que fui al hospital, está atado el tipo en el hospital.

C3: Nooooo. ¿Cómo atado?

C12: Porque es grande, porque es grandote, porque grita, porque rompe las pelotas, porque se quiere ir, se cae de la cama y no lo puedes levantar. Entonces hay horarios en que... lo tienen atado.

(VOCES SUPERPUESTAS)

C16: ¿Pero tiene un problema de salud mental?

C12: No. Pero lo tienen

[...]

C12: Y ya llega un punto que él no sabe si está internado por cuestiones de salud o por cuestiones sociales o en que paso está de su vida...

Estas narrativas tuvieron efecto de acontecimiento en los participantes del taller, con fuertes intensidades que movilizaron al grupo con expresividades grupales en acto;

f) se configura un caso con indudables *afectaciones tristes*, siguiendo a Spinoza: con debilitación de la fuerza vital del usuario y con repercusiones sobre su cuerpo afectivo que se debilita, en el encuentro con la clínica anatomofisiológica que lo ignora, como a su propia humanidad.

10.7.5 Cartografía de la Unidad de análisis N° 5.

En esta cartografía se pone a funcionar el análisis de dos casos clínicos como dispositivos de análisis de las relaciones micropolíticas del trabajo.

La consigna fue que ellos mismos eligieran casos que los hayan involucrado en sus procesos de trabajo, que hayan tenido resonancia en ellos, o que haya generado diferencias entre compañeros; se les propone mirar desde el usuario las dinámicas de los encuentros de cuidado.

El flujograma lleva a focalizar los análisis en las relaciones, las éticas y las composiciones tecnológicas de las cajas de herramientas puestas en ejercicio, cuestión que centraliza el análisis en el TV y las tecnologías blandas y blandas duras de los procesos de trabajo.

El primer caso trata de una usuaria “en tránsito” que solicita un control de niño sano en un CAPS, e involucra a dos administrativas que cuando accionan con la usuaria, lo hacen con sentidos muy diferentes. El caso es relatado por la administrativa 2.

Las condiciones objetivas de producción son similares, comparten las reglas administrativas de la institución (TM), aunque la Administrativa 2 tiene específicamente la función de transmitir información de las prestaciones realizadas en el CAPS, y por lo tanto, sin responsabilidades primarias en la atención a usuarios.

Cuando ingresa la usuaria al CAPS se produce el encuentro con la administrativa 1 que niega su atención por no habitar en Trenque Lauquen, ante las explicaciones de sus necesidades, la Administrativa 1 controla el acontecimiento que no la agencia sino a utilizar

las restricciones normativas, y el no tener historia clínica lo presenta como un obstáculo administrativo invulnerable para su atención.

La administrativa 1 tiene una captura casi total de su relación con la usuaria por las tecnologías duras de las normas instituidas, que utiliza de forma expulsiva. Se visibiliza una ética de desresponsabilización total con la usuaria, que es dirigida a dos opciones inútiles para el beneficio de la Asignación Universal por Hijo.

Se visibiliza que la ética inscripta en sus acciones es de la misma naturaleza que ciertas representaciones compartidas con los compañeros médicos, cuyas narrativas significantes son traídas en las narrativas de la Administrativa 2, con una imagen de descarga del trabajo (“si podes no mandarme el paciente mejor”), como hábito institucional.

Es decir, las representaciones sociales del ‘plano de organización’, de alguna forma, están participando en la producción de esa situación de la realidad de la cual no es exclusivamente responsable la Administrativa 1.

La administrativa 2 comparte esas representaciones, y en parte también este pensamiento instrumental del trabajo, aunque vive el encuentro intensamente, acontece con la situación, manifestándose en lo que hace con su autogobierno.

Es un encuentro intercesor muy subjetivante que la agencia, y acciona con una caja de herramientas con una ética muy comprometida con las necesidades de una usuaria, que identifica con vulnerabilidades. Con este sentido usa las normas con arreglos tecnológicos muy sofisticados y permite visualizar el flujo rizomático que activa, utilizando para acoger y cuidar las mismas redes normativas que la Administrativa 1 utiliza para expulsar.

Las administrativas tienen en sus procesos de trabajo encuentros cotidianos muy instrumentalizados, en los que aplican las tecnologías duras de las normas del funcionamiento administrativo (muy controladas), que añaden una producción de implicaciones económicas que parecen organizar sus procesos de atención. Como una máquina subjetivante, el cotidiano administrativo tiene como intercesores los complejos procesos de registro codificado, de facturación, de productividad médica.

Las narrativas de la Administrativa 2 muestran una caja de herramientas muy capturada subjetivamente por lo instituido, con territorios existenciales con pocas intensidades, con poca ‘fuerza vital’: *“Abrir el sistema tiene mucho trabajo, mejor que vaya a atenderse a otro lugar que tenga turno”*.

Se visibilizan tres tipos de capturas administrativas que además tienen implicaciones económicas:

a) por las reglas administrativas del OSMU, un sistema preparado para brindar servicios asistenciales a los trenquelauquenses, y también para rechazar usuarios de otras localidades;

b) por los procedimientos del Plan Nacer, de prestación y trasmisión de información facturable;

c) por el “sistema de productividad”, donde el registro de la atención debe hacerse en la historia clínica digital del usuario (como unidad productiva).

De estas formas se impone una lógica de registro y transmisión de información codificada, y con valor económico: para el municipio, vía coparticipación o vía retorno contraprestacional del Plan Nacer; o para el profesional, vía productividad. Todo un artefacto semiótico subjetivante que implican a las administrativas con un objeto de trabajo que no es necesariamente el usuario.

Por las narrativas de los trabajadores participantes de esta UA N° 5 se puede percibir el amplio agenciamiento que el TM de las normas instituidas de la organización hace del TV de ambas administrativas, de los promotores C1 y C12 y la médica C3. Todos comprenden las dificultades administrativas de no poder emitir el bono y su facturación como un obstáculo para poder atender a la usuaria.

Estas condiciones del ‘plano de organización’ de los procesos de trabajo tensiona la micropolítica del encuentro entre las administrativas como cuerpos deseantes.

La Administrativa 2 activa toda una cadena productiva que llega a comunicaciones con el Plan Nacer en la ciudad de La Plata, gestiones que realiza con el objetivo de asegurar un argumento normativo (legal), y poder hacer un ejercicio de poder con la Administrativa 1. Es decir que utiliza la captura compartida de las reglas instituidas para capturar los sentidos expulsivos de su caja de herramientas: *“la tenemos que atender porque es nuestra obligación, aunque no lo facturemos”*.

Son tan fuertes y *de vida* las *afecciones* del ‘cuerpo afectivo’ de la Administrativa 2, que la agencia con acciones de gestión integral, ofreciéndole más servicios de los que pide la usuaria, con narrativas sensibles e implicadas.

En este encuentro C3 es la única persona que trae la idea del Derecho a la salud. C2 actúa con sensibilidad con alguien que estaba necesitando ayuda, pero sus narrativas apenas miran la obligación de atender a la usuaria por el Derecho a la salud.

El taller muestra el lugar del usuario en la organización, variable cuando el motivo de la consulta supone un caso de urgencia o no urgencia, teniendo prioridad la urgencia.

La urgencia del caso la entienden desde el punto de vista biomédico, urgencia del “cuerpo en átomo clínico”, que no fue lo que pasó con esta usuaria, que traía una urgencia social siendo: “en tránsito”, adolescente, que trabaja en un circo, con un niño que esta por ingresar en la edad escolar, y que recibía la Asignación Universal por Hijo.

Siguiendo esta línea, aparece una ontologización del usuario a una enfermedad contingente o en una enfermedad no contingente.

En el hipotético caso que el usuario tuviera una enfermedad contingente y no hay turnos disponibles, aparece una vía informal para resolverlo. Cuestión que nos da acceso a un acuerdo del ‘plano de organización’ del funcionamiento del CAPS; se visibiliza una vía pactada, acordada tácitamente, que utiliza el espacio informal para resolver problemas que el espacio formal no logra hacer (por falta de turnos). Es para las urgencias priorizadas desde la concepción biologicista de las necesidades de salud.

En el segundo caso el promotor C15 es la fuente principal de las narrativas. Se trata de un adulto mayor con pérdida moderada de la autovalencia, que fue referenciado por el Servicio Social del Hospital al otorgarle el “alta” de su internación.

Al CAPS llega una nota con un informe dirigido a la trabajadora social, quien se notifica del alta hospitalaria de un usuario con internaciones reiteradas, motivadas por frecuentes reagudizaciones de sus problemas de salud. En esa nota le solicitan su intervención (social).

Es un usuario con comorbilidades de su cuerpo anatómico (que generan las internaciones en el hospital). Aun así el caso no llega con una “epicrisis⁷” del alta hospitalaria, una referencia, o alguna comunicación médica o de enfermería que apunten a sus vulnerabilidades biológicas.

Estas cuestiones nos invitan a un primer análisis del trabajo hospitalario, y la relación entre niveles de atención (con los trabajadores de los CAPS).

Las acciones hospitalarias nos conducen a pensar que el usuario parece ser desdoblado en dos dimensiones:

a) por un lado el cuerpo átomo clínico, cuando logran estabilizar sus parámetros biológicos le otorgan el alta hospitalaria cierran su proceso de atención (finalizando su responsabilidad biomédica). La desconexión entre niveles es evidente. En palabras de Mario Testa, la desarticulación entre niveles de atención (en los sistemas de APS), es signo de “atención primitiva de la salud”, refiriéndose a la pura declamación de deseo que se materializa

⁷ La epicrisis es el resumen de lo actuado en el proceso de atención hospitalaria. Incluye el tratamiento indicado. Su elaboración es una práctica excepcional en el Hospital.

como “medicina pobre para pobres” (13). Los trabajadores del CAPS no fueron tenidos en cuenta para la continuidad de la atención, inclusive contando con las posibilidades de las visitas domiciliarias que pudieran necesitarse.

El usuario, para las formas hegemónicas hospitalarias, fue mayormente un objeto anátomo clínico;

b) por otro lado las vulnerabilidades psicosociales (reducidas a lo social), que sí continúan su proceso de atención con la referencia al Centro. Esta cuestión tracciona la mirada de los trabajadores a las condiciones sociales del problema, debilitando los aspectos biológicos que tiene el sujeto (con varias comorbilidades), y que no generan acciones concretas, más allá de la solicitud de análisis de laboratorio.

Puede visualizarse una directriz de división disciplinar del trabajo capturando los sentidos del cuidado, que si bien parece centrado en el usuario, una vez que llega a la estabilidad del cuerpo anátomo clínico (usuario objeto), es derivado a la disciplina encargada de los aspectos sociales. Con esta mirada el usuario sujeto queda en segundo plano.

El promotor C12 y la trabajadora social C25 concurren al domicilio del usuario y toman conocimiento de la situación. Es un usuario autovalente con síntomas depresivos y pérdidas relativas de sus capacidades para las ‘actividades de la vida diaria’; y que cuenta con un buen soporte material de subsistencia.

En este primer encuentro en el domicilio se acuerda una consulta con el médico clínico C15, y el usuario es conducido al CAPS.

En la primera consulta el médico le solicita estudios de laboratorio y lo deriva con la trabajadora social y el promotor, ya que hay que institucionalizar. Se visibiliza el TM: de los procedimientos establecidos, del menú de las ofertas institucionales previstas, y de los procedimientos biomédicos (análisis de laboratorio), capturando el TV del médico y de los C12 y C25.

Y son ellos los que, agenciados por afecciones del territorio biomédico, conducen al usuario (con un pensamiento instrumental), a la única oferta disponible que le va a hacer la institución: su geriatrización.

El C12 tiene un encuentro *triste* con el médico (principalmente), y con la C25 también. A partir del territorio identitario biomédico, C12 no se resiste a la única opción que construye C15, aunque ve alternativas de intervención que no llega a disputar con otra caja de herramientas.

En el encuentro de investigación se dejan observar efectos de este acontecimiento micropolítico *de muerte*. Las narrativas de C12 visibilizan inicialmente un accionar con arreglos tecnológicos bien elaborados, con capacidades de diagnóstico integral de la situación, que luego no utiliza buscando un proyecto terapéutico singular, creativo, o bien

haciendo flujos de cuidado con las redes y los vínculos que sí tenía el usuario, según su diagnóstico.

C12 no se plantea una directriz de autonomización, sino que cede ante la disputa de la caja de herramientas de la razón instrumental institucional, y utiliza su TV con un sentido restringido al camino de la geriatrización. El TV de C12 está capturado por el funcionamiento institucional que poco acontece en él cuando lo relata.

En este caso, la composición técnica del trabajo tuvo mucho TM del menú establecido de las ofertas institucionales, que se muestran como marcadores de los territorios existenciales de los trabajadores.

La clínica médica es la tecnología blanda dura hegemónica en las cajas de herramientas de los trabajadores, y es la que produce el discurso argumentativo de la geriatrización como única opción. Es decir, los tres trabajadores intervinientes utilizan esta tecnología para coaccionar y coercionar al usuario que no se siente en condiciones de seguir sin ayuda, llevándolo a la aceptación del usuario de la lógica de asegurar la estabilidad del cuerpo anátomo clínico, y de caridad, que le imponen las instituciones.

C12 hace el recorrido con los varios requerimientos normativos exigidos por el procedimiento de ingreso al geriátrico, y cuando está terminando de cumplimentarlos le informan: no hay lugar disponible en el geriátrico. El encuentro con sus procesos de trabajo le trae la conciencia de la inutilidad y del trabajo en soledad que hizo, es un momento de acontecimiento con intensidades afectivas *tristes*.

Sin embargo, para C12 no estaba todo dicho en materia de encuentros *tristes*, pues mientras el usuario esperaba por su lugar en el geriátrico padece una intercurrentia infecciosa de su EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), cuestión que lo lleva a una nueva internación donde vuelve a reafirmarse su estado de objeto. Las narrativas de C12 son expresivas de un territorio muy agobiado y con fuerzas débiles: cuando va al hospital a visitarlo se lo encuentra atado en la cama, y vive esta situación con gran culpa.

Este último encuentro es un momento de acontecimiento para todos los integrantes del taller, que disparan narrativas en acto sobre la ética del trabajo hospitalario.

Avanzados los análisis cabe la pregunta: ¿cómo es que resulta de este modo el accionar del cuidado de la salud?... para C12 no es el primer caso con características y respuestas institucionales similares a lo acontecido; y coincide con C2 y C3 en considerar que ha prevalecido la mirada de des responsabilizarse del problema que, sostenerlo en su hogar implicaría un gran esfuerzo para los trabajadores del CAPS. La mirada asilar de beneficencia

y de caridad corre la responsabilidad del cuidado a otra institución, algo así como “sacarse de encima el trabajo”.

Se visibiliza a los tres trabajadores con un ejercicio de ‘poder sobre’ el usuario, que no forma parte activa del proceso de trabajo y es convertido en un objeto pasivo del procesamiento institucional.

El proceso está dominado por las tecnologías duras y blandas duras de trabajadores que buscan el control absoluto de la vida del usuario. Hay un camino geriatrizante comparado con un proceso manicomializante, con desappropriación de la autonomía de un adulto mayor como sujeto de derecho, aún con los signos de autovalencia observados.

Las narrativas de C12 ponen al poder como un acumulable de la institución, donde los trabajadores se encuentran a merced de la misma. Hay una idea como de institución anónima, como con un funcionamiento burocrático o autónomo de cualquier gestión política, incluido su propio autogobierno.

Poca o ninguna línea de fuga se detecta en las narrativas de C12. Las ofertas del Centro fueron biomédicas, no contemplaron la singularidad y la complejidad, no consideraron al usuario como sujeto protagonista.

En general el caso posee indudables afectaciones *tristes* para todos los protagonistas (más para el usuario), cuestión de máxima relevancia por el debilitamiento de la fuerza vital del usuario. Los encuentros intercesores de sus cuerpos no componen ni realizan su potencia, con las reconocidas repercusiones en su ‘cuerpo afectivo’ (o ‘cuerpo sin órganos’), que debilita su existencia y complica sus capacidades de recuperación y retorno a una vida autovalente.

10.8 Una última cartografía de síntesis.

Nos encontramos con el TV siempre presente en salud, sin embargo en las cinco U.A los sentidos del TV de los trabajadores (como sujetos deseantes), fueron capturados moderada a intensamente por el TM de las legalidades y funcionamientos institucionales.

Las reglas formales instituciones producen una captura tal del TV, que dominaron en los escenarios por encima del TM de los procedimientos biomédicos (U.A N° 1, 2, 3, 4, 5).

En sintonía con esta línea, las administrativas tuvieron un rol fundamental en el CAPS como organización. Pudo visualizarse el ‘poder administrativo’ y el ‘poder médico’ interactuando, puja que gana las fuerzas fuertes de “lo administrativo”.

La U.A N° 1 muestra con toda su fuerza la importancia del 'poder administrativo' en la producción de la micropolítica del cotidiano, disputando los sentidos de las configuraciones tecnológicas del 'poder médico'. Cuestión que deja observar el reconocimiento compartido de la actividad administrativa como algo muy bien valorado por la mayoría de los trabajadores (con sus significantes económicos).

La organización del trabajo alrededor de circuitos administrativos asociados a la transmisión de información económica (por ejemplo con la definición del sueldo de los profesionales a fin de mes), va produciendo implicaciones y sobreimplicaciones que en alguna medida siempre están presentes en las acciones y en las relaciones (U.A 1, 3, 4 y 5).

Una de las capturas más significativas es la que produce el "sistema de cobro por productividad", teniendo efectos sobre: la calidad de la información epidemiológica; el recupero de la financiación municipal por prestaciones del Plan Nacer; y la eficacia del trabajo en salud, por tender a la disminución del tiempo prestacional con el usuario⁸ (U.A N° 1 y 5), y por producir el desaliento de las visitas domiciliarias (U.A N° 1).

El TM en forma de información codificada y su transmisión (como mucho "papelerío"), capturan el TV, principalmente en administrativas, promotores de salud y enfermería (U.A 1, 2, 3, 4, 5). La alta demanda añade condiciones de capturas de los sentidos del cuidado de enfermería y también de administración.

La trabajadora social tiene fuertes capturas normativas originadas en la SDH, que coacciona su trabajo, orientándolo a la instrumentalidad útil para la organización taylorista que representa. En ella, a la trabajadora social le reservan el lugar de la producción de "informes sociales" que luego otros interpretan. Ante las restricciones que le son impuestas, ella ejerce su autogobierno y hace fugas por territorios diversos. En la U.A N° 3 puede visibilizarse cómo C9 resiste estos intentos de capturas alienantes de la SDH, y ante las restricciones de las normas y las reglas instituidas, ella inventa posibilidades, traza líneas rizomáticas evitando la coacción de la SDH, y ejerce su libertad con los más vulnerables, encontrando atajos creativos para poder hacer el trabajo que desea hacer.

El lugar del usuario fue de forma dominante el de un "objeto pasivo del procesamiento institucional", visibilizándose algunas consecuencias de la captura institucional con funcionamiento muy instrumental, en los trabajadores:

⁸ Nótese que cuando el autor describe los efectos del 'sistema de productividad', pone en segundo término el efecto económico de pérdida para el municipio, y tercero la reducción de la eficacia del cuidado. Cuando el autor descubre esto lo relaciona con una manifestación de su inconsciente con sus propias implicaciones económicas.

a) la culpabilización de una usuaria víctima;
b) una manicomialización en épocas desmanicomializantes;
c) la absoluta anulación de la idea del 'derecho a la salud' por parte de la amplia mayoría de los trabajadores, aún los más formados en APS.

Hubo trabajadores que en sus haceres ubicaron a los usuarios en un lugar central.

Los encuentros intercesores con ese usuario "objeto pasivo en procesamiento", tiene efectos mayormente *tristes* para él. Su cuerpo afectivo pierde potencia de autocuidado en la intercesión con la acción institucional, con un ejercicio de poder institucionalizante (U.A N° 2, 3, 5), que llega a ser manicomializante (U.A N° 2 y 5), y con un ejercicio de 'poder sobre' ese usuario, que llega a ser enorme.

La caja de herramientas de las médicas tuvo una configuración tecnológica con rasgos biomédicos: sin llegar a la ontologización del "usuario = enfermedad", focaliza en su cuerpo anátomo-clínico, en algunos casos reconociendo su integralidad, aunque haciendo poco.

Las narrativas de los encuentros con el usuario tuvieron características biomédicas moderadas en las cinco U.A, con miradas comprometidas con el usuario (U.A N° 1, 3 y 5). Hubo un caso en el que la perspectiva fue más biomédica (en la U.A N° 5), ante el problema de un usuario con disminución de su autovalencia, focaliza sus acciones exclusivamente en la supervivencia del cuerpo anátomo-clínico, con una única mirada posible: el asilo del usuario en el geriátrico municipal.

Si bien los usuarios siempre estuvieron considerados más bien 'objetos pasivos' (U.A N° 2, 3, 4 y 5), hubo encuentros *de vida*, fuertemente intercesores con ellos, con agenciamientos *felices* que activó a los trabajadores por sus necesidades (U.A N° 1, 2 y 3).

Se visibiliza una vía acordada de atención inmediata a usuarios, con el fin de resolver contingencias del cuerpo anátomo-clínico. Se trata de utilizar el espacio informal del CAPS en aquellos casos que la vía formal no puede (U.A N° 5).

Las tecnologías utilizadas fueron amplias y muy diversas. Pudieron visibilizarse cajas de herramientas con variados sentidos ético políticos (y aún antagónicos), y fuertes disputas por esas cajas en todas las U.A.

En ningún momento aparece el 'derecho a la salud' como argumento de análisis del hacer en salud.

Las cajas de herramientas visibilizaron arreglos tecnológicos de trabajadores con mucha experiencia de trabajo, con conocimientos tecnológicos utilizados en la comprensión de situaciones integrales cuyos arreglos fueron muy sofisticados (en algunos casos), y que

sin embargo no pudieron disputarle a la institucionalidad la visión instrumental que parece imponerle a su 'objeto' de trabajo (U.A N° 1, 2, 3, 4, 5).

La coacción, la coerción y el conductismo fueron rasgos ético políticos que estuvieron presentes en los haceres de algunos trabajadores. Dicha ética, asociada a la razón instrumental institucional, funcionó como una poderosa biopolítica manicomializante, con el control absoluto de la vida del otro (U.A N° 2 y 5).

Se distinguieron ejemplos casi extremos: desde trabajadores con cajas con arreglos tecnológicos fascistas, manicomializadores y expulsivos (U.A N° 1, 2 y 5); hasta cajas con arreglos tecnológicos de cuidado integral y singularizado con las necesidades de los usuarios (U.A N° 1, 3 y 5).

Se identifican los siguientes analizadores del trabajo en los CAPS:

- a) el trabajo en equipo (y las visitas domiciliarias);
- b) los significantes administrativos y económicos del trabajo;
- c) los cambios antes/ahora de los procesos de trabajo (al menos para una parte de los trabajadores);
- d) el conflicto: entre compañeros y con la Directora de Salud Comunitaria (su gestión política).

En la diversidad de las singularidades conviven percepciones muy positivas y muy negativas del trabajo en equipo, que cuando suceden en un mismo CAPS connotan la existencia de varios CAPS en las "cabezas" de los trabajadores.

Pueden contrastarse lecturas muy diferenciadas del trabajo en equipo:

- a) como compromiso compartido versus tener un mínimo diálogo con alguien (U.A N° 4);
- b) una concepción de "información", que un compañero brinda para el trabajo de otro (U.A N° 2);
- c) su percepción está ligada a la experiencia vivida de trabajo en equipo, hay algunos trabajadores que empezaron en el 2008 (C1, C2, C3, C4, C5, C12, C19, C20, C22 y C23), y otros que no (C21, C9, C7 y C24; en la U.A N° 4).

Las narrativas de C24 expresan un territorio que considera el trabajo cotidiano en equipo, C21 también, inclusive C9 siente alegría y satisfacción con el trabajo en equipo que realiza con "todos" (con la DSC, con la SDH, con los trabajadores del CAPS). En cambio otros trabajadores se expresan en territorios de queja, críticos pero 'tristes', en un grado que va de moderado a intenso:

- "no busco trabajar en equipo" (C3);

- “no hay equipo para pensar” (C20);
- “no se considera la historicidad de los casos” (C2);
- “se hace que se hace” (C3);
- “son inventadas” (C3);
- “no se resuelve nada” (C23);
- “hay un desgano generalizado” (C1);
- “las prioridades las ponen desde otros sectores institucionales” (C20);
- “La solución siempre cae en una vía institucional, como que el poder lo tiene la institución y nosotros estamos a la merced de la institución, de lo preestablecido en la institución” (C12);
- “Están discutiendo hace un mes si estamos o no estamos en vez de ocuparse de las cosas que se tienen que ocupar. Si es porque se van a ocupar de las cosas que se tienen que ocupar, listo no participo, pero, que se ocupen de lo que se tienen que ocupar” (C4);
- “Es política porque, si los profesionales se sienten trabajar solos, la Dirección de Salud se acaba de dar cuenta -después de no sé cuántos años- ahora, que no conoce de la problemática del abuelo de enfrente de cada Centro de Salud (C22).

d) muy relacionado al punto c), el trabajo en equipo se incorpora como un elemento de juicio histórico, con un antes y un después de los acontecimientos asociados al cambio de gestión en el 2010. Actualmente el trabajo en equipo no está priorizado, no tiene intensidad y es poco comprometido (en todas las U.A). Ni antes ni después el trabajo en equipo fue muy valorado a nivel grupal (U.A N° 4).

e) las ‘visitas domiciliarias’ visibilizaron por un lado la situación del “aislamiento” disciplinar del trabajo, y por otro lado territorios existenciales con poca ‘fuerza de hacer’ en los trabajadores.

Esta actividad conlleva a mirar los problemas de los usuarios más integralmente (en general problemas más complejos o graves), cuestión que en el momento del accionar se produce la necesidad del soporte interdisciplinario conque no se cuenta. Además tampoco se cuenta con mucho apoyo de las instituciones que involucran esos casos complejos (por fuera del CAPS, en sectores municipales y no municipales).

Los encuentros intercesores entre trabajadores no fueron muchos. Se trabajó con una división del trabajo disciplinar, con acuciante aislamiento por ‘núcleo profesional específico’, propio de los modelos biomédicos (en todas las U.A).

Hubo tensión entre los trabajadores en todas las U.A, y conflictos en las U.A N° 1, 3, 4 y 5, con un ejercicio disciplinar de 'poder sobre' moderado (U.A N° 2, 3 y 4), a intenso (U.A 1 y 5), hasta reconocer en la U.A N° 1 el ejercicio de una lógica de 'bandos' enfrentados.

Los trabajadores que participaron dejaron ver que los encuentros del trabajo han sido fuertemente intercesores, y la investigación cartográfica por sí generó cinco encuentros en los que no faltaron acontecimientos con afecciones intensas, con narrativas de fuga que luego impresionaban retornar al territorio de origen, con mucho de queja. El autor inmediatamente recuerda algunas de estas 'mesetas':

a) cuando la trabajadora social cuenta que ella no puede actuar 'de oficio' sin que le llegue la orden de "alguien", colocándola como un simple eslabón taylorista (U.A N° 3). Produjo gran resonancia en el grupo, y muchas narrativas en acto;

b) cuando una médica se da cuenta que se había olvidado del paciente (U:A N° 3 y 4);

c) cuando el psicólogo tiene un encuentro con el pasado y no resiste sin catarsis (U.A N° 4).

Los encuentros con las formalidades institucionales fueron muy importantes intercesores para los trabajadores, con expresividades en las cinco U.A. Los mismos fueron agenciados por la "razón instrumental institucional", que operó la relación: reconocimiento – práctica, proceso que se inicia con un diagnóstico "rotulante" sobre el cual se intervino sin mediar una reflexión interdisciplinaria que humanice las acciones, especialmente en las situaciones complejas y muy singulares. Dos graves consecuencias visibles fueron la culpabilización de la víctima en la U.A N° 2 y el proceso manicomializante en la U.A N° 5.

Los encuentros con la Directora de Salud Comunitaria también son intercesores:

a) en las UA N° 1 y 4 con afecciones tristes;

b) con sus rasgos tayloristas, visibilizados en las U.A N° 1, 2, 3 y 4;

c) con su 'cuerpo sin órganos', afectando el cotidiano de la mayoría de los trabajadores.

Genera la queja de trabajadores en las U.A N° 1, 3 y 4.

La DSC tuvo pocos encuentros con los trabajadores de los tres CAPS que participaron. Se comunicó más con trabajadores que tienen en común actividades administrativas de transmisión de información (U.A N° 3 y 4).

10.9 Discusión.

A esta altura del proceso cartográfico académico tenemos que preguntarnos cómo fue la correlación del marco teórico con los datos producidos.

El marco teórico resultó potente para comprender los problemas de la realidad como procesos de producción micropolítica. Nos ofreció la posibilidad de acceder a la subjetividad operante en los trabajadores (básicamente colectiva, aunque también con expresiones muy singulares).

Los aportes teóricos (y filosóficos) de Merhy, Franco, Deleuze y Guattari, y Spinoza - entre otros autores-, contribuyeron a instrumentalizar esta Tesis. Con ellos pudimos obtener conocimientos que no hubiéramos podido acceder mirando lo simplemente visible de las representaciones del mundo del trabajo.

Los síntomas del cotidiano laboral fueron puestos en análisis mirados en su doble constitución: por un lado como un estado de cosas, con las representaciones del 'campo de organización'; y por el otro como lo que coexiste y produce ese campo visible, el 'campo de consistencia'. Se pudieron visibilizar procesos de este campo intensivo en los 'encuentros' de nuestro 'cuerpos sin órganos' con los "otros", que nos afectaron en nuestra fragilidad y tuvieron la posibilidad de cambiar en nuestra composición, y la producción de nuevos sentidos de existir, y de vivir el trabajo.

Mirar las relaciones y sus modos cuidadores, analizar los "encuentros- acontecimientos" del trabajo, y del proceso cartográfico, fueron medios potentes para analizar la micropolítica del cotidiano. Una gran herramienta para el conocimiento de la subjetividad de los trabajadores. La investigación permitió identificar varios acontecimientos intensos en estos cinco encuentros cartográficos.

Algunos trabajadores participamos de la mayoría de los cinco encuentros, otros sólo en uno o dos, y si bien no pudimos "agotar" las posibilidades de conocimiento (profundizando el uso de los analizadores descubiertos), se ha producido otra visibilidad que ha afectado al grupo, cuestión que contribuye a las posibilidades de construcción de otro 'régimen de visibilidad', (y por lo tanto de otras verdades).

La 'caja de herramientas' con sus arreglos tecnológicos permitió objetivar los medios de producción. Fue muy útil para analizar los sentidos del trabajo, su ética, y también la subjetividad inscripta en los territorios existenciales de los trabajadores.

Los aportes del TV y del TM fueron relativos, se mostraron superpuestos con la 'caja de herramientas' que en este estudio funcionó con mucha más eficacia y eficiencia para

visibilizar el “hacer en salud”, que la ‘composición técnica del trabajo’ (TM/TV), a la cual integró y superó ampliamente. Una variable a omitir de repetirse un estudio de estas características.

11. CONCLUSIONES.

No hay conclusiones en una cartografía, apenas trazos de una micropolítica que hace el medio productivo del todo. Hay líneas y flujos, apenas atrapamos unos pocos para poder mirar (nos) en ellos.

Por todo ello tenemos bien presente que este estudio por sí solo no permite evaluar los servicios que se prestan, ni tampoco generalizar sobre un modo de hacer las cosas.

Por otro lado, cuando el autor comienza esta investigación está implicado más allá de su objetivo de materializar la Tesis de Postgrado... también inicia su camino movilizado por resentimientos de la historia pasada, cuando le pidieron su renuncia al cargo de Director de Salud Comunitaria con acusaciones de corrupción, y cuya interpretación es haber sufrido una injusticia que al menos quería visibilizar. El supuesto en esa etapa fue que el problema tenía mucho de subjetividades operantes muy afectadas.

En esta etapa final cambió su territorio existencial, ya no está enojado ni con iniciativas antiproductivas que supo tener, agenciado por su antagonismo a la DSC... avanzada la Tesis, mejoró el diálogo con la autoridad y ha ofrecido (quien suscribe), contribuir al espacio de capacitación de la DSC con este enfoque de autoanálisis del trabajo. Para el autor este nuevo territorio (el suyo), es una muestra de los alcances que puede tener la producción científica - del conocimiento y la transformación-, que propone la cartografía en salud.

11.1 Respondiendo a los Objetivos.

Si bien los objetivos de esta investigación en buena medida ya fueron respondidos con las cartografías realizadas, cabe complimentar su elaboración.

Respecto al Objetivo general de esta tesis: "Caracterizar los procesos micropolíticos productivos del cuidado en los CAPS, sus modalidades de trabajo, y su contribución a las necesidades de salud del usuario", proponemos responderlo recurriendo a los objetivos específicos planteados.

Objetivo N° 1: Describir las prácticas de cuidado.

El trabajo en salud apareció como el lugar de lo múltiple, de lo diverso, de lo deseante, de lo heterogéneo, de lo tenso y de lo conflictivo. De sus prácticas cuidadoras pudieron visibilizarse:

a) que expresan capturas administrativas institucionales enormes. Fueron las que más eclipsaron los sentidos cuidadores de los trabajadores como sujetos deseantes;

b) la organización del trabajo se configura alrededor de circuitos administrativos asociados a la transmisión de información económica, que captura a los territorios de los trabajadores con implicaciones y sobreimplicaciones económicas;

c) el sistema de “cobro por productividad” de los profesionales impacta temerariamente en sus prácticas: tiende a la disminución del tiempo de atención dedicado al usuario; desvaloriza y resignifica la información estadística (útil por su posibilidad de uso epidemiológico), a un mero valor económico productivo; alienta la consulta en consultorio y desalienta las visitas domiciliarias;

d) las prácticas como arreglos tecnológicos fueron muy diversas, mostraron una gran libertad para elegir cómo hacer el trabajo que se desea hacer. Los sentidos ético-políticos de sus prácticas de autogobierno fueron: desde procesos de cuidado comprometidos, responsabilizados, con fugas diversas que evitaron las restricciones institucionales, hasta prácticas manicomializantes o fascistas;

e) se encontraron prácticas mayormente responsabilizadas con el trabajo, con arreglos tecnológicos de un modelo biomédico de atención de la salud, pero que no llega a ontologizar a los usuarios como enfermedad; sus prácticas revelan la mirada sobre el cuerpo anatómico-clínico (principalmente), con matices cuidadores de beneficencia o de asilo;

f) ubicaron al usuario como “objeto pasivo del procesamiento institucional”, y como “unidad productiva” (\$);

g) el trabajo en equipo nunca fue una práctica valorada por la generalidad de los trabajadores, y las reuniones de equipo son débiles o directamente están ausentes en las prácticas del cotidiano laboral, cuestiones que desde nuestros supuestos teóricos están asociadas a grados importantes de alienación de los trabajadores (sin ‘espacios colectivos para la producción’);

h) las prácticas de trabajo interdisciplinario fueron muy escasas; con desánimo a realizar visitas domiciliarias y a trabajar en equipo. Las prácticas narradas tomaban el trabajo en equipo como el apoyo que otro hace al trabajo de uno, o como la mera articulación de disciplinas;

i) las prácticas de los trabajadores fueron mayormente expresiones de sus ‘núcleos profesionales específicos’. El gran aislamiento por disciplinas convive (paradójicamente), con

una alta conectividad en el trabajo, cuestión visibilizada en la “red de pedidos y compromisos” construida con las conversaciones realizadas en una semana por el trabajo;

j) el intenso trabajo de enfermería, sumado a la carga de procedimientos administrativos de registro y transmisión de información (subjektivamente implicada), afecta sobre manera sus prácticas cuidadoras; el acortamiento dramático del tiempo dedicado a cada usuario (un paciente cada 13 minutos), condiciona sus prácticas, funciona como una condición restrictiva del ‘encuentro’ que mecaniza al trabajador.

Objetivo N° 2: Analizar la micropolítica del cotidiano de los procesos de trabajo mediante la utilización de la cartografía.

Plano de organización:

a) las fuerzas instituidas fueron las prevalecientes, de ellas la centralidad de las normas administrativas en la organización de los procesos de trabajo fueron las más importantes, aún más fuertes que los procedimientos biomédicos al momento del encuentro micropolítico;

b) la organización administrativa del trabajo tiene un lugar importante en el encuentro de las fuerzas micropolíticas. El “poder administrativo” ejercido como ejecución de circuitos asociados a la producción y transmisión de información económica (valorado por la mayoría de los trabajadores), actúa implicando y sobreimplicando al trabajador;

c) los sentidos del cuidado de los trabajadores estuvieron muy capturadas por la razón instrumental hegemónica, que en el funcionamiento de la institucionalidad agencia el TVA de forma diferente en cada trabajador, en algunos produjo cajas de herramientas con biopolíticas manicomializantes, en otros líneas de fugas ‘de vida’;

d) se encuentra totalmente eclipsada la noción de ‘derecho a la salud’ en las narrativas de los trabajadores;

e) se visibiliza un acuerdo del trabajo: disponen una vía de atención que utiliza el “espacio informal” para resolver demandas contingentes del cuerpo anátomo-clínico que el “espacio formal” no haya podido resolver, como respuesta a urgencias biomédicas ante la frecuente “demanda rechazada” por falta de turnos;

f) la micropolítica del trabajo captura al sujeto encarnado en las necesidades del usuario, lo resignifica como problema institucional, y lo conduce al campo de prácticas de las disciplinas;

g) la organización del CAPS es centrada en los profesionales y en la administración. Dos áreas con lógicas y objetos propios, que en cierta forma alienan el funcionamiento de la

institución. Administración parece representar los intereses de la institucionalidad (finalidades de atención a la salud y de su propia reproducción), los médicos a sus intereses (económicos productivos y también de cuidado);

h) las fuerzas administrativas fueron las más grandes captadoras del trabajo médico. El mecanismo del cobro “por productividad” llegó (en algunas situaciones), a producir la resignificación del usuario en un valor productivo;

i) podemos imaginar la sobreimplicación económica de los trabajadores profesionales como una fuerza micropolítica más. Para ella, el valor productivo de la visita domiciliar es menor que el de la consulta en consultorio, y el tiempo de reunión de equipo es “lucro cesante”, por lo cual el sistema de “productividad” agencia a los trabajadores y reproduce el “estado” de las cosas (poco trabajo comunitario, poco trabajo interdisciplinario, la mirada reducida desde cada ‘núcleo profesional específico’);

j) el trabajo en los CAPS tiene dificultades cuando necesita de relaciones con otros sectores. En los encuentros micropolíticos interinstitucionales la razón instrumental es la hegemónica en el juego de fuerzas siempre asimétricas, con acciones aisladas de cada sector ante los problemas singulares del trabajo compartido. Estas cuestiones, sumadas al aislamiento disciplinar de los trabajadores, profundizan las dificultades del trabajo con problemas complejos con la falta de conexiones con otros actores fuera del CAPS;

k) los encuentros tristes del pasado estuvieron presentes en los territorios existenciales de algunos trabajadores. Sus subjetividades expresan poca ‘fuerza de hacer’ y devenir queja, devenir aislamiento. En la micropolítica del trabajo en equipo y de las visitas domiciliarias están manifiestas las capturas subjetivas de los trabajadores;

l) se encontraron ejercicios micropolíticos de ‘poder sobre’ el otro (usuario o compañero trabajador). Los espacios intercesores fueron utilizados para conducir, guiar a un usuario “objeto”, “pasivo”, al procesamiento disciplinar (anátomo-clínico), que la institución le propuso;

ll) se visualizaron tensiones y relaciones conflictivas muy importantes entre trabajadores, y entre algunos trabajadores y la Directora de Salud Comunitaria;

m) la caja de herramientas de gestión de la DSC tuvo rasgos de uso de la ‘racionalidad gerencial hegemónica’, haciendo un despliegue de mecanismos de control administrativos y subjetivos propios de una metodología ‘anti-Paideia’;

n) hubo un uso micropolítico de la fuerza de las normas instituidas con diferentes sentidos éticos, hasta contrarios: normas utilizadas para expulsar o normas utilizadas para recibir, acoger y defender a los usuarios. Estos diferentes comportamientos son expresividades de territorios subjetivos diferenciales en los trabajadores, pudiendo visibilizarse efectos o distintos agenciamientos por los acontecimientos del cotidiano.

Es decir que las capturas institucionales, homogéneas como “reglas” para todos los trabajadores, no alcanzan para justificar sus comportamientos. Siempre hay una subjetividad deseante inscripta en los territorios identitarios que accionan en el mundo del trabajo.

Plano de consistencia:

a) usuarios y trabajadores fueron intercesores que con flujos de intensidades actuaron en un espacio micropolítico que contó:

-con las fuerzas molarizantes de las reglas institucionales y legales, de la medicina biomédica, y de las capturas de los sentidos del trabajo;

-con las resistencias del camino deseante, que agenció sus sentidos cuidadores ante las capturas;

b) se pudieron visibilizar fugas de lo instituido como razón instrumental, como coerción y coacción, como capturas subjetivas. Se dispararon varias líneas por diversos territorios, inventaron posibilidades, trazaron líneas rizomáticas que no se bloquearon por las capturas de las reglas institucionales, sino que reconectaron con flujos que evitaron variados obstáculos para poder hacer el trabajo subjetivamente deseado;

c) pudieron percibirse desterritorializaciones por agenciamientos subjetivos en los encuentros, principalmente con el usuario;

d) en el proceso de encuentros cartográficos hubo acontecimientos afectivos intensos, con variaciones en las intensidades de los flujos, aunque en su mayor parte triunfaron los mecanismos de control del acontecimiento, con un ejercicio de poder desde territorios identitarios muy rígidos, reproductivos de la subjetividad y de la queja.

Objetivo N° 3: Distinguir la contribución de los procesos micropolíticos del trabajo a las necesidades de salud.

En el encuentro intercesor entre el usuario portador de necesidades de salud (como cualquier demanda), y el trabajador identificado como portador de un cierto saber-hacer cuidador, el trabajador se coloca en el lugar de quien va a cuidar, y el usuario en el lugar de objeto de acción del otro, que va a dar cuenta de su demanda, por esa “promesa de cuidado” simbólicamente implicada.

Para responder a este objetivo, en el que damos cuenta del encuentro entre las necesidades de los usuarios y la micropolítica del trabajo en salud, recurrimos a la organización de las “necesidades” en salud que realiza Cecilio (5). El mismo propone los siguientes grupos:

- a) Tener buenas condiciones de vida [...];
- b) Tener acceso a poder consumir toda la tecnología en salud capaz de mejorar y prolongar la vida [...];
- c) Creación de vínculos (a) efectivos entre cada usuario y un equipo y/o un profesional (intersubjetivos) [...];
- d) Necesidad de cada persona de tener grados crecientes de autonomía en su modo de andar por la vida [...].

Respecto a:

- a) Tener buenas condiciones de vida son aspectos generales no incluidos en los análisis;
- b) Tener acceso a poder consumir toda la tecnología en salud capaz de mejorar y prolongar la vida', considera el acceso a los servicios y a la capacidad de los procesos de trabajo de esos servicios con las necesidades de los usuarios.

De los análisis surgen:

-aquellas necesidades contingentes o no, pero del cuerpo biológico (procesos de infecciones, traumatismos, síntomas como fiebre, dolor), tienen una respuesta adecuada. Para estos procesos, la mirada anátomo-clínica de las modalidades biomédicas resulta ser eficaz. El único obstáculo que tiene es la barrera administrativa que asigna los turnos, y que son limitados. En caso de no haber turnos disponibles, lo que tiene que lograr es que un trabajador active el espacio informal de la red asistencial para atender sus necesidades;

-si el usuario tiene problemas de orden psicosocial: violencia, abusos, alcoholismo, dependencia a drogas, prostitución, etc., se va a encontrar con respuestas fragmentadas. Cada disciplina actuando desde su 'núcleo profesional específico', sin trabajo en equipo ni una mirada un poco integral o interdisciplinaria. Si la atención es médica va a ser examinado mirando su cuerpo anátomo-clínico, y con alta probabilidad de medicalizar sus necesidades;

-si el usuario necesita servicios domiciliarios por movilidad reducida (bio y/o psico y/o social), encuentra resistencias subjetivas ante la solicitud de una visita domiciliaria;

-cuando los problemas de los usuarios son complejos y requieren necesariamente la participación asociada de varias disciplinas, o de otras dependencias municipales, o de otras instituciones (justicia, educación), lamentablemente su problemática no va a ser singularizada, ni va a construirse un 'proyecto terapéutico singular'; lo que es muy posible que suceda es que sus necesidades sean transformadas (reducidas), a objetos-recortes procesables por el CAPS.

Mediante un procedimiento clasificatorio, las necesidades del usuario son transformadas en "casos" de los campos disciplinares ("rotulación"), con la consecuente

ofertas de servicios disponibles en el “menú” de campos existentes. Algo así como un proceso de resignificación de sujeto portador de necesidades a objeto del procesamiento institucional;

-dependiendo de los territorios subjetivos habitados por los trabajadores, los usuarios pueden encontrarse con una irreductible barrera al acceso a la atención de sus necesidades; o por el contrario, pueden encontrarse con un proceso responsabilizado y comprometido de atención de sus necesidades. Es decir que en los encuentros intercesores del cuidado, los usuarios y sus necesidades pueden afectar y agenciar de distinto modos a los trabajadores, con acciones cuyas éticas no siempre son las deseadas para el cuidado afectivo de la salud;

-los sentidos del trabajo son impuestos micropolíticamente por las cajas de herramientas de los trabajadores, que actúan con su autogobierno con máxima libertad y con poco o nulo control de la organización. Tal es así que en el encuentro de las necesidades del usuario con las ofertas de las prestaciones disciplinarias, los trabajadores pudieron hacer un ejercicio de ‘poder sobre’ el paciente tan fuerte, que materializaron una biopolítica de control absoluto de la vida del usuario, y sin regulación exterior a los propios trabajadores que acordaron los procedimientos;

-al acceder a la atención, el usuario puede encontrarse con trabajadores muy capturados subjetivamente: los médicos (y todos los profesionales que cobran por el “sistema de productividad”), con implicaciones y sobreimplicaciones económicas; los enfermeros con una gran sobrecarga laboral y muy burocratizada (“muchos papeles”); las administrativas con alta demanda, multifunción y reconocimiento de sueldos bajos; y en general, con una gestión con rasgos anti-Paideia que agencia a los trabajadores. Estas subjetividades se expresan en territorios existenciales variables pero con poca ‘fuerza de hacer’, por las necesidades integrales de los usuarios;

-los conflictos intersubjetivos entre los trabajadores y con actores de otras instituciones tienen repercusiones en las necesidades de los usuarios, que ante estos conflictos quedan en segundo (o tercer) lugar, corridos por la subjetividad de los trabajadores tensionados y en conflicto;

c) Creación de vínculos (a) efectivos entre cada usuario y un equipo y/o un profesional (intersubjetivos) [...], y d) Necesidad de cada persona de tener grados crecientes de autonomía en su modo de andar por la vida [...]; estos dos grupos los analizaremos de forma conjunta:

-los vínculos cuidadores en general son de un trabajador con rasgos biomédicos moderados en el que prevalecen los ejercicios micropolíticos de ‘poder sobre’, que en sus encuentros con el usuario, lo reducen a un objeto pasivo, a un cuerpo biológico a ser

conducido, alejándose definitivamente de la posibilidad de generar grados crecientes de autonomía para poder elegir sus modos de andar por la vida;

-en un modelo de atención con los rasgos que fueron visibilizándose, las afecciones del encuentro intercesor tienen muchas posibilidades de constituirse en ‘encuentros tristes’, que disminuyen la fuerza vital del usuario, la realización de su potencia de autocuidado, y la resolución de sus procesos de enfermedad.

11.2 Limitaciones y posibilidades abiertas.

En fin, llegando al final de esta cartografía cabe mencionar algunos límites y posibilidades abiertas de sus líneas productivas:

-por un lado sería muy interesante poder mapear las transformaciones con los acontecimientos del cotidiano y del “mirarse a uno mismo”, en un proceso de investigación que tuviera continuidad en el tiempo. Un límite del trabajo fue la imposibilidad de realizar un cartografiado sostenido en más y sucesivos encuentros con los trabajadores;

-por otra parte se investiga con un grupo de 15 trabajadores interesados en analizar su trabajo, con lo cual están dadas las condiciones para el autoanálisis de los procesos de trabajo, que sería posible si la estrategia cartográfica se enmarcara en el “Espacio de capacitación permanente en servicio” de la DSC, apuntando al aprendizaje mediante la reflexión de casos reales y significativos para los trabajadores (el ‘flujograma analizador’ resultó ser una gran herramienta para esto). Fortalecer y profesionalizar al trabajo con tecnologías blandas avanzaría hacia una nueva relación con el usuario, más centralizada en sus necesidades.

Además, si las políticas institucionales así lo quisieran, este espacio de capacitación podría funcionar como un ‘espacio colectivo para la producción’. Podría transformarse en un espacio formal de cogestión con los trabajadores, es decir, un generador de condiciones para la democratización Paideia de los CAPS, y la responsabilización de los trabajadores con la generación de nuevos acuerdos del trabajo.

Esta Tesis visibilizó a la subjetividad del trabajador como la tecnología más importante y el principal agente del cuidado. En este sentido, el espacio de capacitación puede constituirse en un transformador fenomenal de los procesos y productos del trabajo, al menos si logra agenciar la subjetividad de los trabajadores con ‘encuentros alegres’, ‘de vida’, y cambiar sus territorios del trabajo que hoy manifiestan quejas y malestar, algunos de ellos con devenires resentimiento, conflicto o desresponsabilización.

Por ello creemos necesario una gestión que trabaje considerando especialmente los aspectos subjetivos de los trabajadores: el reconocimiento del trabajo que se realiza, y la posibilidad de cogestión protagónica de su trabajo cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López y Planes V., Parera B. Himno Nacional Argentino. 1812.
2. Menéndez E. L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. La Plata: 2005; 1 (1): 9-32.
3. Franco T. B, Merhy E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Sao Paulo: Hucitec Editora, 2013.
4. Franco T. B., Scabelo Galavote, H. Em Busca da Clínica dos Afetos. Franco T. B. & Ramos V. C. "Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde" Editorial Hucitec, Sao Paulo, 2010.
5. De Oliveira Cecilio, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. [internet]. 2001 [citado el 25 de febrero de 2012]; p.113 - 126. Disponible en: http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf
6. Cherniavsky A., ilustrado por Alcatena E. Spinoza para Principiantes; Buenos Aires: Era Naciente, 2010.
7. Merhy E. E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
8. De Carvalho I., Feuerwerker L., Merhy E. E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva. Buenos Aires: 2007; 3 (3): 259-269.
9. Campos GWS. Gestión en Salud, en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
10. Menéndez E. L. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
11. Passos E, Kastrup V, Escossia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa - intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina; 2009.
12. Deleuze G, Guattari F. El Anti Edipo: capitalismo y esquizofrenia. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1998. 1ra. Edición 2da. Reimpr. (Traducción de Francisco Monge).
13. Sirvent M. T. Nociones básicas de contexto de descubrimiento y situación problemática [internet]. 2006 [citado el 1 de julio de 2014]. Disponible en: www.fts.uner.edu.ar/.../contexto_sitproblematika_problema_sirvent.pdf.
14. Foucault M. Las redes del poder. Ferrer C. compilador. El lenguaje libertario: antología del pensamiento anarquista contemporáneo. La Plata: Terramar, 2005.

15. Organización Internacional de Trabajo, Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe. [internet]. México: 1999 [citado el 15 de marzo de 2013] Disponible en http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDAQFiAC&url=http%3A%2F%2Fwww.social-protection.org%2Fgimi%2Fgess%2FRessourceDownload.action%3Bjsessionid%3D6389114ee7eca3b1a6ac2f82bfd7507c79706714ca093080010e79f7564d7fb2.e3aTbhuLbNmSe34MchaRah8Saxn0%3Fressource.ressourceld%3D7541&ei=Vt_wUtKxOYbKsQTvnIDYDQ&usq=AFQjCNGqNTXkCDIphXckeT6mQCnsiqxNYA
16. Menéndez E. L., Spinelli H. G, coordinadores. Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires: Editorial Lugar; 2006.
17. Padró M. Lenguaje, comunicación y poder hegemónico, cons(des)trucción de la atención primaria de la salud en Argentina [Tesis de Doctorado]. Buenos Aires: Universidad nacional de La Plata; 2009.
18. Honorable Concejo Deliberante de Trenque Lauquen. Ordenanzas. [internet]. Trenque Lauquen; 2008 [citado el 13 de marzo del 2013] Disponibles en: <http://hcdtrenquelauquen.com/ordenanza/30122008-convenio-con-ministerio-de-salud-de-la-nacion/>
19. Matus C. Teoría del Juego Social. Remedios de Escalada - Partido de Lanús: Ediciones de la UNLa; 2007.
20. Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de salud). Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
21. Luz Madel T. Natural, Racional, Social. Razón Médica y Racionalidad Científica Moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
22. Campos G. W. S. Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
23. Lourau R. Implicación y sobreimplicación. UBA Facultad de Ciencias Sociales, Cátedra del Dr. Ferraros [internet]. 1991. [citado el 2 de julio del 2014]. Disponible en: <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/rl%20iys.pdf>.
24. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993. (Colección Salud Colectiva).
25. De Oliveira F. Perspectivas psicosociales para el estudio del cotidiano del trabajo. Psicología USP [internet]. 2014, [citado el 15 de junio de 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642014000100005>
26. Andrada C. F. Etnografías em psicología social: notas sobre uma aproximação fecunda.

- Ponto Urbe [internet]. 2010, [citado el 20 de junio de 2015]. Disponible en <http://pontourbe.revues.org/1661?lang=es>.
27. Bouvier P. El trabajo de todos los días: una aproximación socioantropológica al trabajo. *Sociología del Trabajo: Revista Cuatrimestral de Empleo, Trabajo y Sociedad*. 1990; 10: 131-139.
28. Athayde, M., Brito, J. Ergologia e clínica do trabalho. In P. F. Bendassolli & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: 2011; 258-281.
29. Daniellou, F. *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: 2004. [Citado el 20 de junio de 2015].
30. Sato, L. *Psicologia, saúde e trabalho: distintas construções dos objetos "trabalho" e "organizações"*. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea*. [Internet]. Brasília: 2010. [Citado el 20 de junio de 2015]. Disponible en: site.cfp.org.br.
31. Sato, L., Bernardo, M. H., Oliveira, F. *Psicologia social do trabalho e cotidiano: a vivência de trabalhadores em diferentes contextos micropolíticos*. *Psicologia para América Latina*, 15. [Internet]. São Paulo: 2008. [Citado el 20 de junio de 2015]. Disponible en <http://psicolatina.org/15/cotidiano.html>.
32. Guattari F., Rolnik S. *Micropolítica. Cartografía del deseo*; 2da. Ed. Buenos Aires: Tinta Limón; 2013.
33. Mejía L, Campuzano M. *Diferentes modelos en el análisis institucional. Revisión y evaluación crítica*. *Subjetividad y Cultura* [internet]. 1995. [citado el 10 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://subjetividadycultura.org.mx/2013/06/diferentes-modelos-en-el-analisis-institucional-revision-y-evaluacion-critica/>
34. Franco T. B, E. E. Merhy E. E. *Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo*. *Salud Colectiva*. 2009; 5 (2): 181-194.
35. Morgan G. *La mecanización toma el mando: la organización como máquina*. En: *Imágenes de la Organización*. México DF: Alfaomega Grupo Editor; 1999.
36. Franco T. B, Merhy E. E. *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. *Salud Colectiva*. 2011;7(1):9-20.
37. Abbate F., Páez P. *Guillés Deleuze para principiantes. Colección para Principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente; 2001.
38. Castro E. *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. *Psicosociología* [internet]. 2011. [citado el 25 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2011/08/castro-edgardo-el-vocabulario-de-michel-foucault.pdf>

39. Ríos R., Cossio J. Biopolítica para principiantes. Colección Para Principiantes. Buenos Aires: Era Naciente; 2012.
40. Lopez R. Anticonceptivos en el Sur, Seguridad Nacional en el Norte. Salud Colectiva. 2010; 6 (1): 103-111.
41. Baremlitt G. Psicoanálisis y esquizoanálisis: un ensayo de comparación crítica. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo; 2004.
42. Romagnoli R. C. A Cartografía e a relação pesquisa e vida. Psicologia & Sociedad [internet]. 2009 [citado el 24 de julio de 2013]; 21 (2): 166-173. Disponible en: www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf.
43. Deleuze G. Spinoza: filosofía práctica. Buenos Aires: Fábula tusquets Editores; 2006.
44. OMS - UNICEF. Conferencia Internacional de Alma Ata. U.R.S.S: 1978.
45. Zambenedetti G., Silva R. A. N. Cartografía e genealogía: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. Psicologia & Sociedade [internet]. 2011 [citado 25 de agosto de 2013]; 23 (3), 454-460. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000300002&script=sci_arttext
46. Matus C. Método Altadir de Planificación Popular. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
47. Balenzano M. C. Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires [tesis de maestría]. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; 2011. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/tesis/MaEGyPS/030013_Balenzano.pdf.
48. Deleuze G, Guattari F. Mil Mesetas: capitalismo y esquizofrenia. Valencia: Ediciones Pre-textos; 2006. 7ma Edición. (Traducción de José Vazquez Pérez).
49. Samaja J. Epistemología y metodología. 3 ed. 10ª reimp. Buenos Aires: Eudeba; 2004.
50. De Souza Minayo M. C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
51. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Coaching>.
52. Deleuze G. El Bergsonismo. Madrid: Ediciones Cátedra S.A. Colección Teorema; 1987. (Traducción de Luis Ferrero Carracedo).
53. Beaulieu A. Cuerpo y acontecimiento. La estética de Guillés Deleuze. Bs. As: Letra viva; [Internet]. 2012. [Citado el 14 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://revela.uncome.edu.ar/htdoc/revela/index.php/filosofía/article/view/859-890>.
54. Virno P. Multitud y principio de individuación. Multitudes, n. 7. [Internet]. [citado el 13 de enero de 2014] Disponible en: http://www.sindominio.net/arkitzean/multitudes/virno_multitud.html.
55. Lourau R. El espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales. [internet]. Conferencia organizada por la Asociación civil "Espacio Institucional" 21-24 nov.

1991; Buenos Aires [citado el 23 de junio de 2014]. Disponible en: <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/r!%20iys.pdf>.

56. Escóssia L., Kastrup V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo – sociedade. *Psicología em Estudo* [internet]. 2005 [citado el 21 de diciembre de 2012]; 10 (2): 295-304. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a17>.

GLOSARIO

-Acontecimiento: el acontecimiento constituye una discontinuidad histórica única y no iterable, que carece de todo contexto histórico de aparición. Implica a la vez una ruptura y un nuevo comienzo cuyas circunstancias escapan al proceso dialéctico en general. Filosóficamente el acontecimiento rompe con la idea de la estructura (el estructuralismo) y con la doctrina de la interpretación (la hermenéutica), ya que no se deja sujetar por la estructura y escapa a la comprensión del contexto histórico (53 p.20).

Para Deleuze el acontecimiento es una experimentación singular e impersonal de fuerzas (53 p.40). Experimentar el acontecimiento consiste, en primer lugar, en abolir la lógica interrogativa y cuestionadora, ya que no se trata de comprender sino de experimentar perceptos (percepciones no humanas) y afectos (afecciones no humanas), que poseen una vida autónoma, exterior e independiente de todo poder de intelección. Para el autor, los acontecimientos corresponden a bloques de perceptos y de afectos singulares e impersonales, generados por fuerzas en parte desorganizadoras (53 p.28), cuyo sentido es creado por la situación, la cual es experimentada. Saca del juego a todo contexto de significación, dándole beneficio a las redes de fuerzas semivirtuales, que han de experimentarse de manera singular y contingente. Para Deleuze el acontecimiento no aparece espontáneamente en la pura contingencia, sino que describe la existencia de una cierta forma de relación entre ellos, que denomina cuasi causalidad entre acontecimientos. La cuasi causalidad es paradójica (causalidad irreal y fantasmática), engendra efectos contrarios y encadenamientos irracionales. Un acontecimiento puede ser la fuente o la cuasi causa simultánea de otros dos efectos antinómicos, provocando así una relación imprevisible.

-Agenciamiento: Merhy define agenciamiento como la dinámica de afectaciones subjetivas. Para Franco es lo que te pone en movimiento, haciendo, aconteciendo. Son modos de activar.

Agenciamiento es una relación de cofuncionamiento, descrita como un tipo de simpatía, como una composición de cuerpos envolviendo afectaciones mutuas (11)

En 'Rizoma' lo Uno, como sujeto u objeto, como realidad natural o espiritual, como imagen o mundo, forma parte de una multiplicidad que no tiene objeto ni sujeto sino únicamente determinaciones, tamaños y dimensiones que no pueden aumentar (por conexiones), sin que ella cambie de naturaleza. Un agenciamiento es precisamente ese aumento de dimensiones en una multiplicidad, que cambia necesariamente de naturaleza a medida que aumentan sus conexiones (48).

Agenciamiento es una noción más amplia que la estructura, sistema, forma, proceso. Formado por componentes heterogéneos que pueden ser de orden biológico, social, maquínico, gnoseológico e imaginario (32).

-Analizador: Es fundamentalmente un concepto político, que devela las relaciones de poder al interior del grupo, o entre el grupo y el medio institucional (33). “Un analizador hace hablar a una institución, decir cosas que no son conversadas, aun estando allí, casi ocultas, pero que están sucediendo”. (Loreau, citado en 34 p.182).

En la cartografía interesa hacer funcionar los analizadores como dispositivos, es decir analizadores que tengan fuerza para generar situaciones de acontecimientos que produzcan agenciamientos en los trabajadores.

-Aiônico: Cronos es el tiempo medible y medido, la sucesión temporal misma donde es posible establecer con claridad donde se ubica el antes y el después. En definitiva, es el tiempo en el que vivimos nuestra existencia de manera crónica. El interés de Deleuze por el concepto aiôn tiene que ver con su interés por pensar la noción de acontecimiento (53). El aiôn es un modo del tiempo que escapa al tiempo cronológico porque es indiferente al establecimiento de unidades discretas. Es el tiempo que simplemente acontece, el tiempo del devenir, un tiempo que erosiona el presente haciéndolo inaprehensible desde la economía de la medición. Es el modo temporal de lo que nos afecta, en el sentido de sucedernos como aquello que nos des-apropia de nosotros mismos. La fuerza de lo que acontece se verifica en el propio acontecer. El aiôn, más que existir, insiste. En eso radica su contundencia.
<http://ar.answers.yahoo.com/question/index?qid=20100830200822AAqKBOQ>.

-Autoanálisis: proceso de producción y reapropiación, por parte de los colectivos autogestionarios, de saber acerca de sí mismos, sus necesidades, problemas, deseos, demandas, soluciones y límites” (48).

-Deseo: nos dice Guattari...

Propondría llamar deseo a todas las formas de voluntad o ganas de vivir, de crear, de amar; a la voluntad o ganas de inventar otra sociedad, otra percepción del mundo, otros sistemas de valores (32 p.316).

-Devenir: expresión relativa a la economía del deseo. Los flujos de deseo proceden mediante afectos y devenires, con independencia del hecho de que puedan o no ser rebajados a personas, imágenes, identificaciones. De esta suerte, un individuo, antropológicamente etiquetado como masculino, puede estar atravesado por devenires múltiples y aparentemente

contradictorios: un devenir femenino que coexiste con un devenir niño, un devenir animal, etc. (32)

-Encuentros afectivos: su significación tiene sus orígenes en la visión espinozista que todo en el universo son encuentros, y vamos experimentando alegría al encontrar un cuerpo que se compone con el nuestro y eleva nuestra potencia y nuestra capacidad de acción, o experimentamos tristeza en el encuentro con un cuerpo que descompone con el nuestro y nos quita potencia (6).

Con esta concepción, no existe el bien ni el mal, sino lo que es bueno o malo según le conviene a un cuerpo.

Para Spinoza cada cuerpo tiene un cierto grado de potencia, y su esencia se expresa "en acto", variando según qué afectos predominen en él. Piensa a cada cuerpo como una diferencia de intensidad, y a la potencia como fuerza vital.

-Grupo sujeto/Grupo sujetado: Los grupos sujetos se contraponen a los grupos sujetados. Esa oposición implica una referencia micropolítica: la vocación del grupo sujeto consiste en gestionar, en la medida de lo posible, su relación con las determinaciones exteriores y con su propia ley interna. Por el contrario, el grupo sujetado tiende a estar manipulado por todas las determinaciones exteriores y a estar dominado por su propia ley interna (32).

-Individuación: La individuación es definida como un proceso a través del cual se produce la constitución de las formas individuadas: individuos físicos, psíquicos y sociales (41 p.97).

Según Paolo Virno, individuación se refiere al paso del bagaje psicosomático genérico del animal humano a la configuración de una singularidad única. Según Simondon, el sujeto es una individuación siempre parcial e incompleta, consistente más bien en los rasgos cambiantes de aspectos pre-individuales y de aspectos efectivamente singulares; y la experiencia colectiva, lejos de señalar su desintegración o eclipse, persigue y afina la individuación (54).

-Implicaciones: originalmente fueron designadas por el institucionalismo francés como transferencia y contratransferencia institucional. Fue Lourau, luchando contra el objetivismo del binomio analizador - analizando, quien luego las piensa como implicaciones. Más que a los intereses de los participantes del campo, se refería a aquellas fuerzas del "inconsciente institucional" que se atraviesan, constituyendo valores, intereses, expectativas, compromisos, deseos, creencias, etc., es decir, todas las formas que se encuentran instituidas como una

realidad dada (11). Se deben analizar las implicaciones y las sobreimplicaciones del juego de fuerzas presentes en toda investigación. La implicación se resiste al análisis, actúa con fuerza en la sombra que la sobreimplicación intenta darle, camuflándola.

La sobreimplicación es un punto suplementario que se impone, como un plus omnipresente en la vida social, en la que todos estamos sobreimplicados de algún modo.

Sobreimplicación es un concepto utilizado para designar aquella desviación del concepto de implicación relacionada con la subjetividad-mercancía (55).

-Líneas de fuga: son procesos que derivan conceptualmente de las 'palabras de fuga' de Deleuze y Guattari, cuando se refirieren a movimientos de variación del propio lenguaje que rompen el ciclo de obligación instaurado por las 'palabras de orden' que performatizan la realidad. Los agenciamientos cuando son enunciaciones, pueden ser entendidos como 'palabras de fuga' que generan líneas de fuga de desterritorialización, que dan posibilidad de otros territorios existenciales (32).

-Modelo Médico Hegemónico: es un modelo de asistencia a la salud que nos permite indagar la realidad y sus síntomas mirando ciertas características. Escribe Eduardo Menéndez:

He agrupado las características del MMH en siete bloques: a) concepciones teórico/ideológicas dominantes (división cuerpo/alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo); b) exclusiones (a-historicidad, a-socialidad, a-culturalidad, exclusión del sujeto); c) relación instituciones médicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos); d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación de los síntomas, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación; e) pragmatismo médico; f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica); y g) la enfermedad y la salud como mercancías (2,10 p.41)

Este modelo, también llamado biomédico, es hegemónico en las instituciones de salud.

-Molar / molecular: los mismos elementos que existen en flujos, estratos, agenciamientos, pueden organizarse de un modo molar o bien de un modo molecular. El orden molar corresponde a las estratificaciones que delimitan objetos, sujetos, las representaciones y sus sistemas de referencia. El orden molecular, por el contrario, es el de los flujos, los devenires, las intensidades. Llamaremos "transversalidad" a este atravesamiento molecular de los estratos y los niveles, operado por los diferentes tipos de agenciamientos (32).

Molecular y molar también es micropolítica y macropolítica, coexistiendo dos series que se distinguen, y que sin embargo son inseparables:

Las fugas y los movimientos moleculares no serían nada sino fueran canalizadas por las organizaciones molares y no redirigieran sus segmentos, sus distribuciones binarias de sexo, de clases, de partidos¹ (Deleuze y Guattari, citado en 56 pag.96)

La distinción debe ser buscada en la naturaleza del sistema de referencia que remiten lo molar y lo molecular. Para esto se reservan los conceptos de flujos o intensidades para tratar la organización molecular, y líneas y segmentos para la organización molar. Es decir que no hay una separación entre planos molar y molecular, lo que hay es una prolongación de un segmento/línea en flujo, convirtiéndose mutuamente unos en otros (56).

-Territorio existencial: La noción de territorio se entiende aquí en un sentido que desborda el uso que recibe en la etología y en la etnología. El territorio puede ser relativo a un espacio vivido, así como un sistema percibido en cuyo seno un sujeto se siente “en su casa”. El territorio es sinónimo de apropiación, de subjetivación encerrada en sí misma. El territorio puede desterritorializarse, esto es, abrirse y emprender líneas de fuga e incluso desmoronarse y destruirse. La reterritorialización consistirá en un intento de recomposición de un territorio empeñado en un proceso de desterritorialización (32).

Deleuze y Guattari conciben a la sociedad como un campo de batalla, por eso utilizan una terminología ligada a la lucha por la apropiación del territorio. Los procesos de desterritorialización están constituidos por líneas de fuga, huidas, devenires, flujos de deseo descodificado, que escapan a las estructuras de previsión y organización del control estatal. Por el contrario, la operación de reterritorialización es aquella mediante el cual el poder establecido reacomoda un territorio que ha sufrido desterritorializaciones.

En el caso del cuidado de la salud, la conjunción de territorios de los trabajadores tiene la diversidad que expresa el modo de cuidado que se realiza, más o menos distinto, según los territorios existenciales en los cuales cada trabajador se inscribe como sujeto ético político (36).

-Trenque Lauquen: es una ciudad de unos 45.000 habitantes cuya economía es agropecuaria y de servicios. Está ubicada en el interior bonaerense, a 450 Km. al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tiene una población con perfil social predominantemente conservador. Las políticas públicas nacionales y municipales desarrolladas en las últimas décadas enlentecieron o neutralizaron la reducción de la denominada “clase media”, fundamentalmente por el acceso a viviendas de Planes Nacionales y locales, que en nuestra ciudad benefició a más de 2.000 familias. Es una ciudad

¹ Traducción libre del autor.

sin asentamientos precarios tipo “villas de emergencia”, aunque en el ejido urbano puede encontrarse sujetos y familias con grandes vulnerabilidades.

APÉNDICES.

APÉNDICE A - Cartel con el cual se realizó la convocatoria a los trabajadores.	297
APÉNDICE B - Nota con el Aval de la Dirección de Salud Comunitaria a la investigación.	298
APÉNDICE C - Modelo de consentimiento informado utilizado.	299
APÉNDICE D - Propuesta de investigación participativa.	301

APÉNDICE A: Cartel con el cual se realizó la convocatoria a los trabajadores.

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA

COMPAÑEROS DE LOS CAPS:

Están invitados a participar en una investigación que tiene el propósito de describir y reflexionar de forma conjunta sobre el trabajo que hacemos en los CAPS. La idea es hacer el análisis mediante cuatro talleres que buscan que podamos ver lo que hacemos; en el último taller se analizará lo producido en los primeros tres talleres, y con dicha restitución del material usted tendrá la posibilidad de discutir y profundizar los resultados de la investigación. No se investiga con la idea de llegar a un consenso sino que los distintos puntos de vista estarán presentes en el informe final.

ACLARACIONES:

-La investigación se realiza en el marco de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús.

-El investigador responsable es **Pablo Javier Reyes**.

-La investigación **cuenta con el aval y la autorización** de la **Dirección de Salud Comunitaria**.

-El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento. Para este estudio se tendrán en cuenta a los trabajadores de los CAPS.

-La investigación problematiza el trabajo y no a usted. No se realizará juzgamiento de ningún trabajador ni autoridad institucional.

-Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar. Su participación estará implicada en producir conocimientos, y la propia investigación puede mejorar su trabajo al tomar conciencia de aspectos del trabajo que están ocultos, difíciles de ver.

-la información personal que pudiera producirse permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted, bajo ninguna circunstancia. Se le proporcionará un código de tal forma que nadie conozca su identidad.

-Cualquier duda pueden comunicarse con el **TE 2392-443022** (Pablo Reyes)

MUCHAS GRACIAS

Encuentro Presentación:

VIERNES 24 DE OCTUBRE - 19 HS – CAPS Barrios del Este -



APÉNDICE B: Nota con el Aval de la Dirección de Salud Comunitaria a la investigación.



Municipalidad de Trenque Lauquen

Trenque Lauquen, 20 de Octubre de 2014

Dr. Pablo Reyes
PRESENTE

De mi mayor consideración:

Por la presente me dirijo a Ud. a fin de responder a la solicitud referente a su investigación de Tesis. Luego de analizar su propuesta, considero muy interesante el estudio formulado y estoy de acuerdo en que se lleve adelante en el área de Salud Comunitaria.

El área cuenta con un *Espacio de Capacitación permanente en Servicio*, adecuado para el tipo de Talleres que conformarán su herramienta, donde propongo se lleven adelante los encuentros. En virtud de respetar la metodología por Ud. descripta, la Dirección no participará activamente en los mismos.

Contar con los resultados obtenidos por su investigación, sumará a la elaboración de estrategias de mejora. A la espera de los mismos, quedo a su disposición para facilitarle la organización de los encuentros.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Dra. Verónica A. Fryd
M.P. 113048
Directora de Salud
Comunitaria

APÉNDICE C: Modelo de consentimiento informado utilizado.

Formulario de consentimiento informado

Este trabajo se realiza para completar los requisitos de graduación de la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús.

Investigador responsable: Pablo Javier Reyes.

Introducción: Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga.

Propósito del estudio: Este proyecto se propone investigar de forma participativa la micropolítica del trabajo se hace en los CAPS. El fin del mismo es reflexionar sobre el trabajo en un proceso de análisis de lo que se hace y tiene el fin de mejorar el trabajo cuidador.

Participantes del estudio: El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento. Para este estudio se tendrán en cuenta a los trabajadores de los CAPS.

Procedimientos: Se propone la realización de cuatro talleres donde se construirán los conocimientos de cómo funciona la micropolítica de los procesos de trabajo. Los talleres serán grabados para obtener la información producida de forma completa. En el último taller se analizará lo producido en los primeros tres talleres, con dicha restitución del material usted tendrá la posibilidad de discutir y profundizar los resultados de la investigación. No se investiga con la idea de llegar a un consenso sino que todos los puntos de vista serán tenidos en cuenta y estarán presentes en el informe final.

Riesgos o incomodidades: La investigación problematiza el trabajo y no a usted. No se realizará juzgamiento de ningún trabajador ni autoridad institucional.

Beneficios: Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar. Su participación estará implicada en producir conocimientos y la propia investigación puede mejorar su trabajo al tomar conciencia de aspectos de la micropolítica del trabajo que están ocultos, difíciles de ver.

Privacidad y Confidencialidad: La información personal que pudiera producirse permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted, bajo ninguna circunstancia. Se le proporcionará un código de tal forma que nadie conozca su identidad. Tanto el equipo técnico, el personal de apoyo, como los futuros lectores de la investigación tendrán acceso al código, pero no a su identidad. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o presentados en reuniones científicas, pero la identidad suya no será divulgada.

Consentimiento: Declaro que he sido informado/a acerca del objetivo y característica de la investigación, y del compromiso del investigador en cuanto a la preservación de la confidencialidad de la información obtenida, así como del anonimato de las personas participantes. Por lo tanto, suscribo el presente consentimiento de plena conformidad y autorizo a que los talleres sean grabados.

Además declaro haber recibido una copia idéntica del presente por lo cual firmo para constancia a los días del mes de..... de 2014.-

Firma del participante

Aclaración:

Documento (Tipo y N°):

Firma del Investigador:

Aclaración: Pablo Javier Reyes

Documento (Tipo y N°): DNI 22.318.814

Teléfono de contacto del Investigador: 2392-443022

APÉNDICE D:

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA

Capacitación sobre:

Las tecnologías que usamos en Salud Comunitaria

¿Cuáles son las modalidades de cuidado que se hacen en los CAPS?

¿Cuál es el lugar del usuario?

¿Cómo son las tensiones y disputas que atraviesan el trabajo cotidiano?

Estas son algunas preguntas de investigación que intentaremos responder. Nos proponemos identificar de forma participativa las tecnologías que utilizamos en el trabajo cotidiano.

Definimos Tecnología como todas las cosas que usamos para poder hacer el trabajo, no solo aquellas tecnologías duras como el estetoscopio o una lapicera, sino también aquellas tecnologías blandas, como los conocimientos que aplicamos para hacer el trabajo.

Esta propuesta es también una oferta brindada por el espacio de capacitación de Salud Comunitaria.

ACLARACIONES:

-La investigación forma parte de una Tesis de 'Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud' de la Universidad Nacional de Lanús.

-El investigador responsable es **Pablo Javier Reyes, TE 2392-443022.**

-La investigación problematiza el trabajo y no a usted. No se realizará juzgamiento de ningún trabajador ni autoridad institucional.

-Se solicitará firmar un 'consentimiento informado' para poder grabar las reflexiones con el fin de analizarlo posteriormente.

MUCHAS GRACIAS

MIÉRCOLES 19 DE NOVIEMBRE – 19, 10 HS

CAPS Barrios del Este -



ANEXOS.

ANEXO N° 1: Presentación del caso en Power Point.	303
ANEXO N° 2: Mapa georreferenciado	310

ANEXO N° 1: Presentación del caso en Power Point.

Se enumeran las “filminas” presentadas en formato Power Point en el taller N° 2 (U.A N° 4), tal como fue presentado el caso.

Equipo de salud CAPS Indio Trompa

Caso a tratar

- ◆ **Familia integrada por 5 miembros**
- ◆ **Tres hijos, de 8 años, 6 años y 5 años**
- ◆ **Papá de 37 años, mamá de 40 años**
- ◆ **Papá adicto a las drogas y al alcohol**
- ◆ **Mamá víctima de violencia**
- ◆ **Papá trabaja de changas (albañil)**
- ◆ **Mamá ama de casa**

Entorno familiar

- ◆ Abuela paterna (tenencia legal)
- ◆ Tía paterna (tenencia provisoria)
- ◆ Abuela materna
- ◆ Tía materna

Red de intervención

- ◆ Maria teresa kullmann, neuróloga
 - ◆ Natacha Cerizola, psicóloga
 - ◆ Escuela nº 502
 - ◆ Jardín 907
 - ◆ Casa del niño
 - ◆ Juzgado de familia
 - ◆ CPA
 - ◆ Servicio Local y zonal
- ◆ Dirección de Salud Comunitaria y Secretaria de Salud

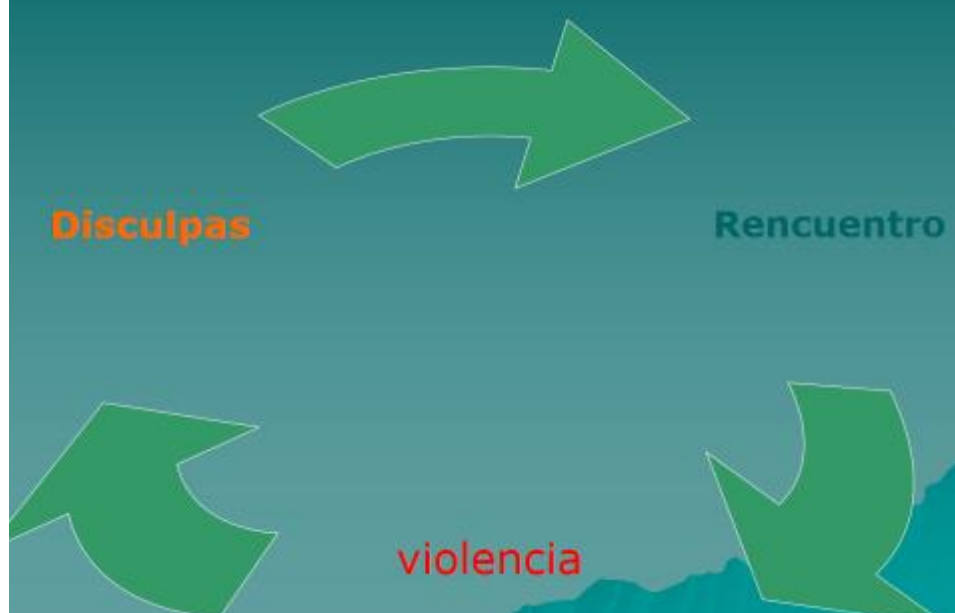
Metodología

- ◆ **Entrevista con cada una de las instituciones que conforman la red de la familia.**
- ◆ **Se concreto una reunión con las mismas.**
- ◆ **Luego se realizo una reunión con la red familiar y las instituciones judiciales.**
- ◆ **Reunión y estrategia de abordaje con asesoría de menores, juzgado de familia, defensoría.**

Estrategia de abordaje

- ◆ Citación a los papas por juzgado de familia
- ◆ Seguimiento desde el CAPS por Trabajador Social y P. de Salud
- ◆ Permanente contacto de alerta con la red institucional de la familia

Ciclo de violencia



Sugerencias

- ◆ Un hogar de abrigo para la víctima y sus tres hijos
- ◆ Un Acompañante Terapéutico para la víctima con estrategias de acción y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- ◆ Una medida perimetral para el victimario
- ◆ Un compromiso desde el CAPS seguir acompañando a la víctima y a sus tres hijos

Resultados

- ◆ Se logro cambiar la carátula de derechos vulnerados de menores a violencia familiar.
- ◆ Por decisión del juzgado y asesoria los menores se pusieron al resguardo de una tía paterna.
- ◆ Se estableció una perimetral para el victimario
- ◆ Se estableció por la justicia tratamiento psicológico para la pareja, en forma individual.

Conclusión positiva

- ◆ Se logro trabajar en red
- ◆ Ser escuchado por la justicia
- ◆ Se aporto información relevante pertinente al caso
- ◆ Participación activa de los demás agentes del CAPS

Recomendaciones

- ◆ Trabajo interdisciplinario con los diferentes equipos técnicos de los organismos pertinentes.
- ◆ Ley 13298. Art. 35. Cuidado del niño/a o adolescente y la familia en el propio hogar, orientando y apoyando a los padres. Inclusión en programas oficiales de tratamiento en adicciones. Asistencia económica.
- ◆ Ley 12569 violencia familiar articulo 7 incisos a,b,c,d,e,f,g y h.



Equipo de salud CAPS Indio Trompa

ANEXO N° 2: Mapa georreferenciado.

