

Representaciones sociales y salud:

relatos sobre lxs sujetxs de las prácticas en salud.

Trabajo Integrador Final

Estefanía Belén Acosta

María Cecilia Piñeiro



UNR Universidad
Nacional de Rosario



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Representaciones sociales y salud: relatos sobre lxs sujetxs de las prácticas en salud.

Alumnas: Acosta, Estefanía Belén
estefaniabacosta@gmail.com

Piñeiro, María Cecilia
pineromce@gmail.com

Julio de 2021

Directora: Rubio, Raquel
raquelr06@hotmail.com

Co-Director: Alberti, Cristian
cristianalberti1992@gmail.com

Agradecimientos

A nuestras familias que de sur a norte nos acompañan siempre en esta aventura de desarraigo que nos trajo hasta Rosario. Especialmente a nuestros mapadres, que posibilitaron el encuentro con el deseo de estudiar.

A la Universidad pública que ofició de puente entre nosotras y con el valor de la profesión. A esa familia elegida que son nuestros amigos, con quienes forjamos espacios de diálogo y la fuerte convicción de que otro mundo es posible. A quienes nos alojaron en la parte final de este camino: Lauri, Colo, Marce y Sofi. Gracias por la escucha atenta a las constantes preguntas que nos trajeron hasta acá.

A nuestros compañeros de práctica, especialmente a Germán con quien compartimos nuestro último año de prácticas y quien fue partícipe de largos debates donde surgieron muchas de las preguntas que aquí se despliegan.

A Luciana, que metódica y amorosamente hizo bello este trabajo.

A Cristian que con su mirada atenta y punzante nos empujó a encontrar las palabras.

Y a Raquel que nos dió cobijo para desplegar nuestras ideas, siempre enmarañadas.

Gracias por el afecto que saben transmitir dentro y fuera de los pasillos de la facultad.

A Coca, parte elemental de este trayecto por los interrogantes profesionales, su paciencia amorosa y sus ganas de enseñar.

Este escrito no hubiera sido posible sin la convicción de que el encuentro y el diálogo con ustedes son los lugares donde elegimos construir otras formas de andar y desandar el conocimiento como herramienta de cambio.

Índice

Introducción	6
Herramientas conceptuales: campo salud y representaciones sociales	8
Atención Primaria de Salud y perspectiva de derechos	8
¿Y la salud en Argentina?.....	11
Perspectiva metodológica: sistematización y narrativas	16
Situación problemática	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Análisis y reflexión	18
I La dimensión institucional de los centros de práctica	20
Instituciones-Organizaciones. Una mirada desde el Análisis Institucional.....	20
Los Centros de Salud como espacio de prácticas.....	22
Trabajo en salud, trabajo en equipo	25
Dimensión intersubjetiva del trabajo en salud	29
II Recrear la experiencia de las prácticas: relatar como acto de comprensión y desciframiento	31
Neoliberalismo, subjetividad y representaciones sociales	33
Relatos	36
III Reflexiones finales.....	48
Intervención junto al otrx, con el otrx.....	49
Propuesta de intervención	53
Referencias bibliográficas	57

Tema:

*Representaciones sociales y salud:
relatos sobre lxs sujetxs de las prácticas en salud.*

Resumen:

El presente Trabajo Integrador Final ahonda en el análisis crítico de las representaciones sociales que lxs trabajadorxs de los Centros de Salud “Dr. Julio Maiztegui” y “Luchemos por la vida” tienen sobre lxs usuarixs que asisten a los mismos. Estas representaciones se ponen en juego en los procesos de atención plasmados en las distintas prácticas, asignándole características particulares. Ahondar estas últimas, desentramando formaciones discursivas dominantes y naturalizadas, nos ha permitido poner en interrogación la noción de sujetx que subyace en ellas y observar su impacto en la garantía del derecho a la salud y el efectivo acceso al mismo.

Palabras clave: representaciones sociales, salud, sujetx de derecho, prácticas.

Introducción

Las prácticas profesionales como herramienta fundamental en nuestro proceso de formación, han sido el escenario por excelencia donde surgieron y tomaron impulso las preguntas y repreguntas en torno a lo que significa el proceso de enseñanza-aprendizaje para nosotras. Es en este ámbito donde nos encontramos con una realidad que es compleja y cambiante. Realidad que desborda cualquier noción anterior que pueda tenerse sobre ella en cuanto que es siempre sorprendente e inesperada. Allí, se ponen en juego los saberes teóricos, como una lente desde la cual interpretamos esa realidad siempre marcada por la complejidad. Y a la vez, allí se generan conocimientos propios de la práctica que, creemos deben ser recuperados haciendo uso de una capacidad reflexiva.

Es así que el siguiente escrito surge a partir de los interrogantes que, en dicha práctica, nos condujeron a analizar de manera crítica los discursos de los equipos de salud y las representaciones sociales que sostienen los imaginarios institucionales en que se erigen las prácticas cotidianas de dichxs trabajadorxs. Con ello nos preguntamos cuáles son las representaciones e imaginarios sociales que recaen sobre lx otrx de las prácticas de salud en Atención Primaria de la Salud (APS), entendiendo a ésta como una práctica social guiada por la visión integral de la salud y su abordaje desde una Clínica Ampliada. Los discursos que circulan en estas instituciones sobre “lxs otrxs”, entendemos, reflejan las estructuras discursivas hegemónicas de nuestra sociedad, que atraviesan a lxs sujetxs haciéndose carne en ellxs.

Al entender que es elemental analizar el lenguaje, en lo que este dice y en su capacidad de hacer y producir aquello que nombra (Butler, 1990) y como elemento intrínseco de las relaciones de poder que se despliegan en las organizaciones de salud en que nos insertamos, nos parece pertinente la elección metodológica del enfoque biográfico para la recolección de lo dicho, utilizando como fuente principal nuestro registro de campo y entrevistas informales que recabamos a lo largo de nuestro trayecto en los Centros de Salud (en adelante CS) en donde inscribimos nuestras prácticas pre profesionales. La construcción de relatos incluidos en esta producción, se asiste a su vez de lo literario como una forma diferente de contar nuestro trayecto en el devenir de nuestro proceso del aprendizaje del ejercicio de la profesión y, lo allí vivido-experimentado, con el objetivo de generar un efecto de extrañamiento en la mirada del lector.

Es así que, en el primer capítulo nos abocaremos a presentar a los centros de práctica desde una lectura asentada en la corriente francesa del Análisis Institucional como encuadre teórico, que nos permite comprender cómo se entraman los imaginarios y representaciones en esos espacios institucionales, atendiendo a su dinámica particular de funcionamiento. Esta complejidad se expresa en el entrecruzamiento de diversas dimensiones que intentaremos explicitar. Junto a ello, explicaremos cómo se encuentran vinculadas a las normativas y propuestas que componen lo instituido, la incidencia de los grupos de trabajo en dichas formulaciones, con sus concepciones de la salud,

sus formas de trabajar y de intervenir en los procesos de atención. Del mismo modo observar los movimientos instituyentes que surgen allí y la política de salud como un elemento desde el cual pensar la práctica de salud como una práctica social.

En el segundo capítulo abordaremos el análisis de las representaciones sociales a partir de un juego de narrativas, como técnica de develamiento de lo oculto, entendiendo a las representaciones como parte del relato neoliberal que nos inscribe en formas de contarnos y relacionarnos con lxs otrxs. Desarrollaremos con ello los constructos teóricos que echan luz sobre estos discursos para ampliar nuestra comprensión sobre el campo en cuestión.

Producto del proceso de sistematización realizado, de carácter descriptivo-comprensivo a tono con el enfoque cualitativo asumido, accedemos a una materialidad reflexiva superadora que se convierte en el insumo argumentativo para pensar y presentar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social que pueda interrogar las dimensiones que entendemos como fundamentales para abordar y problematizar las representaciones e imaginarios que recaen sobre lxs usuarixs generando efectos sobre los procesos de atención de la salud y el acceso a tal derecho. Este conocimiento producido de carácter disciplinar es el que le va a asignar sentido a nuevas y futuras intervenciones.

Herramientas conceptuales: campo salud y representaciones sociales¹

Atención Primaria de Salud y perspectiva de derechos

El campo salud se constituye de manera amplia y compleja, donde la estrategia de APS se posiciona en un lugar destacado en el enfoque de la Medicina Social y Comunitaria y en la cual haremos hincapié, dado que es el ámbito institucional de referencia, en términos de política pública sanitaria, donde inscribimos nuestras prácticas profesionales.

Al hablar de *campo* nos basamos en la sociología reflexiva de P. Bourdieu, quien entiende al mismo como una red de posiciones objetivas que detentan intereses desiguales, por lo que se constituye en un espacio de lucha por la apropiación de un capital específico que está en disputa (2008). Para explicarlo, el autor hace una analogía a un campo de juego en el que lxs participantes poseen diferentes capitales acumulados, desplegándolos estratégicamente y, a su vez son portadorxs de un *habitus*²: un sistema de disposiciones adquiridas que les permite a lxs “jugadorxs” conocer e interpretar las reglas del juego. De esta manera se configura una lucha simbólica por la apropiación, mantención o transformación del capital puesto en juego. Aquello que es objeto de disputa en este campo, el capital específico, lo entendemos como la nominación acerca del proceso salud-enfermedad. Reconocer la especificidad de la disputa, nos marcará los límites del campo como así también los efectos sobre las prácticas que allí emergen, se despliegan e interactúan. Es decir:

“Como espacio de fuerzas potenciales y activas, el campo es también un campo de luchas tendientes a preservar o transformar la configuración de dichas fuerzas. Además, el campo como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza subyace y guía a las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones buscan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer los principios de jerarquización más favorables para sus propios productos” (Bourdieu y Wacquant, 2008, p.155).

Estas relaciones de fuerza expresan la lucha por quién posee el poder para decir qué es la salud y cómo ésta debe ser enunciada, comunicada, administrada, practicada y garantizada. Reconocer las diferentes formas discursivas puestas en juego es central, no sólo para observar las definiciones que de ellas emanan, sino también como refiere Butler (1990), para conocer la capacidad performativa que estos enunciados detentan. Es decir, el lenguaje no sólo describe lo que

¹ El TIF propone un análisis y problematización en torno a las representaciones sociales que circulan sobre lxs usuarixs de dos efectores de salud, de manera que se asentará conceptualmente tanto en la noción de salud como campo histórico y socialmente construido, como en la de representaciones sociales. Ambas nociones, aunque provenientes de disciplinas distintas, pueden articularse y complementarse para esclarecer el análisis de fenómenos sociales (Piñero Ramírez, 2008).

² Son los “(...) *los sistemas perdurables y trasladables de esquemas de percepción, apreciación y acción que resultan de la institución de lo social en el cuerpo (o en los individuos biológicos)*...” (BOURDIEU Y WACQUANT, 2005, p.187)

vemos de la realidad, sino que al nombrar lo que vemos podemos otorgarle entidad y con ello crear sentidos y hacer existir lo que se enuncia. Es así que los problemas de salud son construidos bajo diversas miradas y concepciones. Estas perspectivas varían de acuerdo a los momentos históricos, la coyuntura social y política y, teniendo en cuenta como propone Castel (2007), que “el presente no es únicamente lo contemporáneo, el presente es un efecto heredado...” (p.161) es indispensable trazar un recorrido que nos permita contextualizar y comprender mejor cómo es que llegamos a referirnos a la salud en términos de salud integral, comunitaria y como derecho humano fundamental a la vez que prioritario.

A partir de la modernidad comienza a instaurarse la idea de salud como asunto público y colectivo. El proceso de industrialización iniciado en el siglo XIX y sus consecuencias más notorias, como aumento de la población en las ciudades, condiciones insalubres de vida y de trabajo, etc., traen aparejadas enfermedades y padecimientos que ya no pueden considerarse de manera individual y que requieren de respuesta estatal. Aunque en principio prevalece, en esa respuesta, una visión positivista basada en la higiene, se reconoce la influencia de las condiciones sociales de vida en el abordaje de los problemas sanitarios, dejando de lado progresivamente la noción de salud como mera ausencia de enfermedad y dependiente únicamente del aspecto biológico de la vida.

Durante el siglo XX serán los Organismos Internacionales de salud, tales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS, OPS) los que ordenen las maneras de denominarla y abordarla. En 1948, en el Preámbulo de su Constitución, la OMS definirá a la salud como el “(...) estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Conferencia Sanitaria Internacional, 1948). Estableciendo así, definitivamente su relación con las condiciones de vida y con los aspectos sociales y subjetivos. En ese mismo año, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se consagra a la salud como un derecho, proclamando que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Asamblea General de la ONU, 1948). Con ello, se pone de manifiesto la necesidad de ampliar las estrategias de abordaje de las problemáticas que la caracterizan. Es así que, hacia fines del S.XX se instala mediante el Congreso de Alma Ata una perspectiva novedosa en relación a la definición de la salud y sus alcances. A la misma adhieren numerosos Estados y es presentada con la voluntad de erradicar las desigualdades de acceso entre sectores sociales, generando una nueva estrategia: la Atención Primaria de Salud.

A través de esta propuesta, se busca contrarrestar las desigualdades entendiendo a la salud como un derecho elemental de todas las personas y, por consiguiente, responsabilidad de los Estados y sus gobiernos: cada comunidad debe alcanzar los mejores estándares de salud bajo un costo

que sea aceptable para su país y según una estrategia adaptada a cada contexto, con lo cual cobran especial interés los condicionantes sociales de la salud. Uno de sus pilares fundamentales es la cercanía, en este sentido, se espera que la APS en tanto asistencia sanitaria esencial, sea el primer contacto de la red de salud con las personas y, un elemento importante en el abordaje de la salud es empezar a pensarla como proceso, para lo cual se deben realizar acciones de promoción, prevención y educación. Así, la APS se constituye en el primer nivel de atención según la complejidad tecnológica de una red de atención de la salud, en la que el segundo y tercer nivel son de mayor complejidad y responden a los problemas detectados en el nivel de base.

De esta manera la salud comienza a ser abordada desde una visión integral: se la comprende como emergente de una situación social compleja en donde se involucran factores sociales, económicos y políticos. Tal complejidad abona la idea de que los problemas deben ser abordados de manera interdisciplinaria e intersectorial. Vale decir, con diversos actores e instituciones que contribuyan a la mejora de la salud comunitaria.

Hacia los años 90, con el auge del modelo neoliberal, se generó un cambio en la concepción de los derechos y la ciudadanía y, por lo tanto se dieron modificaciones en la política de salud que, según Ase y Buriyovich (2009), viró hacia la existencia de canastas básicas de prestaciones y la focalización hacia los sectores más desfavorecidos. Simultáneamente, en este período también se instauran las nociones de *umbrales de ciudadanía* y *necesidades básicas insatisfechas*, junto a las mediciones que establecen los Organismos Internacionales. Pero más adelante, en los primeros años del 2000, los principios y parámetros del Derecho Internacional de los Derechos Humanos comienzan a determinar, no sólo las obligaciones negativas de los Estados, sino también las positivas, es decir, aquello que el Estado debe hacer para garantizar la realización de todos los derechos, sobre todo los económicos, sociales y culturales. Es así que respecto al derecho a la salud, se debe garantizar su accesibilidad, disponibilidad y calidad y, se debe también, reforzar la interdependencia de este derecho con otros como el de la vivienda, acceso a un ambiente saludable, educación, alimentación, entre otros, ya que el incumplimiento de alguno interfiere en el pleno goce de los demás. El Estado debe garantizar el cumplimiento de estos derechos a través del máximo de recursos e instituciones disponibles y no restringirlos -principio de no regresividad-. Como plantean los autorxs: “La idea esencial tras la adopción de un enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos” (Ase y Buriyovich, 2009, p.29).

A la luz de estas normativas y perspectiva, hacia el 2000 la OMS comienza a rever la estrategia de APS aclarando que no alude únicamente al primer nivel de atención y concluyendo en que se había ejecutado como “(...) la prestación de una mala atención en los pobres” (OMS, 2008). Si bien se sostiene que es *más necesaria que nunca*, como indica el nombre del informe, se reconoce que las inequidades en atención y garantía de servicios adecuados persisten y aumentan. Esta visión,

así como la de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social desde una mirada más crítica, mantendrán el foco puesto en la idea de *salud ampliada*, con la importancia del acceso universal a la curación y tratamientos, pero con la convicción de que la salud depende intrínsecamente de las condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, ambientes saludables, empleo seguro, recreación, educación, etc. Es decir, la equidad y la justicia social son condiciones de necesidad para garantizar la salud.

Más recientemente, en el año 2018, en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud realizada en Astaná, se actualizó por última vez la estrategia de APS. Mediante la Declaración de Astaná los países participantes se comprometen a volver a las bases de Alma Ata, privilegiando el fomento del derecho a la salud a través de una mayor inversión en una Atención Primaria sostenible, formación en recursos humanos y remuneraciones adecuadas, empoderamiento de comunidades y personas y alineación de partes interesadas en el apoyo a políticas y estrategias a llevar a cabo. Todo ello se realizará teniendo en cuenta el objetivo de alcanzar una *cobertura sanitaria universal* que significa que “(...) todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga a dificultades financieras” (Declaración de Astaná, 2018). Se refuerza además la importancia de contemplar los determinantes sociales de la salud, es decir las condiciones sociales, políticas, culturales y ambientales en las que se desarrolla la vida de las personas.

En nuestro país, el gobierno de la Coalición Cambiemos se hizo eco de estas propuestas, pero no en el sentido declarado en Astaná. El intento de implementación de lo que llamaron Cobertura Universal de Salud (CUS) significó, por el contrario, una regresión en la lógica de los derechos ya garantizados. De esto hablaremos en el siguiente apartado.

¿Y la salud en Argentina?

En nuestro país la salud como derecho comienza a entrar en debate en la década del '40 del siglo pasado y es, mediante la reforma constitucional del '49 y la creación del Ministerio de Salud de la mano de Ramón Carrillo, que se instala una perspectiva que comienza a dar importancia a la erradicación de los condicionantes sociales que impiden un nivel de vida adecuado para aumentar y preservar la salud, en vez de la cura del síntoma o enfermedad. La justicia social también se consideraba parte de la solución a los problemas relacionados a la falta de salud de la población y las diferencias en el acceso por parte de distintos sectores de la sociedad.

En 1994 la Argentina otorga jerarquía constitucional a las convenciones y normativas internacionales, dejando incorporada en la reforma constitucional a la salud como un derecho humano fundamental y legítimamente reconocido. Esta institucionalización significó el derecho de protección en salud a todas las personas sin distinción, así como la responsabilidad del Estado de garan-

tizar su cumplimiento. Dicho avance coincidió paradójicamente con la instauración del modelo neoliberal en nuestro país, que se venía gestando desde los años '70 con la última dictadura cívico militar. En ese contexto, fue ganando terreno la idea mercantilizada de la salud, favoreciendo al ámbito privado y restringiendo el acceso equitativo de la población, lo que llevará indefectiblemente a desdibujar la lógica de garantía de derechos para entender y atender a la salud.

Este sesgo de lógicas empresariales, para pensar los derechos y lo público, entrarán en escena nuevamente con la victoria de la fórmula presidencial de la coalición Cambiemos (2015-2019) luego de un largo período democrático signado por la restitución de derechos sociales y por la conquistas de nuevos en materia de salud (2003-2015). Durante el período de gestión neoliberal del gobierno de Mauricio Macri, se lanza el Plan Nacional de “Cobertura Universal de Salud” (CUS)³, que se presentó como una canasta básica de prestaciones médicas, a operar tanto en el sistema público como en el sector privado. La CUS significó un eufemismo para encubrir la decisión de continuar y profundizar políticas tendientes a la privatización y mercantilización de la salud, en una clara intención de reducción de derechos adquiridos. Dicho Plan contemplaba que todas las prestaciones que quedaran por fuera de ese básico, deberían ser costeadas por lxs usuarixs y el sistema de salud comenzaría a regirse por la ley de demanda, estableciendo así una competencia entre instituciones públicas y privadas, financiando las prestaciones según la cantidad de usuarixs que las soliciten. En línea con la idea de “achicar el Estado” asistimos, durante el período de gobierno de la Alianza Cambiemos, a la degradación del Ministerio de Salud al rango de Secretaría, ubicándola dentro del Ministerio de Desarrollo Social. Esto, además del significativo efecto a nivel administrativo y el recorte presupuestario de importantes programas, lo entendemos también como un intento por correr a los procesos de salud-enfermedad-atención de lo social, lo colectivo y lo público en términos equitativos y como dimensiones de la salud.

Por último, cabe destacar que al momento de realizar este trabajo nos encontramos en un período de crisis sanitaria y social que trajo además graves consecuencias económicas, por la pandemia del nuevo Coronavirus, SARS CoV-2. Esta situación ha hecho visible las falencias y carencias de los sistemas de salud en todo el mundo y ha vuelto a poner en jaque la noción de salud, mostrando la ineludible relación entre los condicionantes sociales y la posibilidad de gozar de buena salud o prevenir enfermedades. La consigna mundial de *quedarse en casa* como manera de protegerse y proteger a los demás, no resistía a la pregunta por aquellxs que no tienen lugares saludables donde vivir, ya sea porque no cuentan con servicios básicos o con condiciones edilicias dignas, o porque viven con un agresor. En Argentina particularmente, la pandemia llegó en un momento de inicio de una nueva gestión política del Estado, con Alberto Fernández como presidente y por ende, de rearmado de políticas en todos los niveles y al mismo tiempo de necesidad imperante de poner en marcha estrategias para afrontar la crisis generada por los últimos años de políticas neoliberales.

³ Decreto presidencial. DNU N° 908/16. Establece un régimen excepcional de distribución de recursos para la Salud. Cuenta con el apoyo de los sectores de la economía concentrada (Rubio, Raquel, et.al., 2018)

Este breve recorrido deja ver que el concepto salud no es unívoco ni inmutable, sino que obedece a cambios enmarcados en el campo, como hecho socio históricamente configurado y en el que intervienen diversos actorxs o agentes en términos de Bourdieu. Desde esta perspectiva, es importante reconocer las múltiples relaciones de fuerza que operan en él, con el fin de desentramar el estado actual del mismo, identificando los diferentes paradigmas que lo atraviesan y su impacto en el terreno práctico-discursivo. Siguiendo estas consideraciones teóricas y observando el devenir de la constitución del campo, vamos a destacar los dos paradigmas fundamentales que lo atraviesan y que vienen disputándose protagonismo, produciendo sentidos diferenciados.

Ellos son el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y el Modelo Médico Social (MMS). Siguiendo los aportes de Eduardo Menéndez (1988) consideramos que el primero hace referencia a saberes y prácticas que se han transformado en el discurso y el modo dominante de tratar los problemas de salud, portando un claro sesgo biologicista y de abordajes individualistas centrados en la enfermedad.

En contraposición, el MMS entiende que la salud debe ser comprendida teniendo en cuenta múltiples dimensiones: sociales, culturales, económicas y que, por tanto, los problemas de salud demandan un abordaje integral en el que todas estas dimensiones sean contempladas.

Es importante comprender las problemáticas de salud partiendo de determinado contexto y observar que una política del cuidado de la salud comprometida con el enfoque de la *Clínica ampliada* -de cuya propuesta de organización del trabajo hablaremos más adelante- en sintonía con el concepto de salud formulado por la OMS en 1948, propone dejar la enfermedad entre paréntesis y hacerse cargo de lx sujetx y los problemas de salud construidos socialmente. Así, dicha clínica propone la participación de lx sujetx para la definición y abordaje de sus problemas de salud, como así también contemplarlx en todas sus dimensiones, es decir, como sujetx social, sujetx subjetivx y sujetx biológicx desde un trabajo enmarcado en lo territorial (Sousa Campos, 2001).

Los paradigmas enunciados no son más que posiciones que ponen en juego una determinada cosmovisión acerca de los problemas a abordar, a partir de la cual se generan acciones y dispositivos que, en términos de Michel Foucault (1984), entendemos como un conjunto de elementos heterogéneos, discursivos y no discursivos, una red que entrelaza esos elementos y que, a su vez, se inscribe estratégicamente en las relaciones de saber-poder, cumpliendo una función política que tiene efectos tales como la producción y reproducción de subjetividades. Es así que cada paradigma produce y reproduce visiones diferenciadas de las subjetividades comprometidas en el proceso de salud. Por su parte, el MMH es tributario de una mirada de lx sujetx como individux, mientras que el MMS lx considera portadorx de derechos, categorización que se realiza a partir y mediante el reconocimiento y acceso, o no, de estxs a la ciudadanía y en consecuencia a sus derechos y el ejercicio de los mismos.

Para poner en tensión estas nociones de sujetx, que se juegan en el interior del campo y que

comprometen el ejercicio profesional en su actuación cotidiana, utilizaremos la noción de *representaciones sociales*, ya que trae aparejada la reflexión sobre las condiciones históricas en que se producen los discursos sobre lx otrx. Estas tienen un carácter político en tanto su producción y reproducción forma parte de la disputa por imponer nociones y discursividades hegemónicas acerca de la alteridad. En otras palabras, lo que se encuentra en disputa, es el poder hacer ver según ciertas ideas, valoraciones y clasificaciones (García, 2006). En esta misma línea, Foucault plantea que “Los códigos fundamentales de una cultura -los que rigen su lenguaje, sus esquemas perceptivos, sus cambios, sus técnicas, sus valores, la jerarquía de sus prácticas- fijan de antemano para cada hombre los órdenes empíricos con los cuales tendrá algo que ver y dentro de los que se reconocerá” (Foucault, 2010, p.5). Es decir, los discursos sobre *lo otro* en las sociedades se generan y hegemonizan en torno a un determinado orden de verdad que sostiene esas clasificaciones y dentro de las cuales, las personas nos reconocemos como parte -o no- y por ende, reconocemos -o no- a lxs demás.

Las representaciones sociales aluden a programas de pensamiento práctico que se ponen en juego como una lente desde la cual leer la realidad, nos permiten codificarla y categorizarla para actuar en ella. Son construcciones sociales que están inscriptas en el lenguaje y que resultan de intercambios comunicativos constantes, que refieren a objetos o fenómenos específicos de ese mundo social (García, 2006). Entonces, tomarlas en cuenta para el análisis de nuestra práctica es fundamental en tanto las mismas tienen capacidad de hegemonizarse, de inscribirse en el cuerpo social de manera casi imperceptible, es decir, “(...) las representaciones son compartidas por cuanto son resultado de la capacidad que tienen quienes las producen de imponerlas sobre el conjunto de la sociedad, de hacer que de manera generalizada se acepte tal visión como la visión” (García, 2006, p.79).

Dichas representaciones forman parte de prácticas discursivas naturalizadas y constituyen *identidades sociales* que no aluden a una unidad idéntica, sino más bien son una marca de la diferencia. Esto quiere decir que, como construcción social, las identidades suponen una relación de diferencia con unx otrx: diferenciarse de lo otro, tomando distancia de una falta que es percibida como un “afuera constitutivo”. No es el reconocimiento de lo semejante con aquellxs con quienes me identifico lo que forja esa identificación, sino primordialmente la oposición a lo diferente. Esto es, la diferencia es constitutiva de la identidad que se forja y esa oposición a lo diferente está en el centro de la cuestión. Diríamos que excluir a lx otrx, diferenciarse, tomar distancia de aquello considerado distinto es lo constitutivo de la identidad propia (Hall, 2003). Las identidades sociales entonces, resultan de un proceso de construcción y no son fijas ni estancas, sino que están sometidas a variaciones. “Precisamente porque las identidades se construyen dentro del discurso y no fuera de él, debemos considerarlas producidas en ámbitos históricos e institucionales específicos en el interior de formaciones y prácticas discursivas específicas, mediante estrategias enunciativas específicas” (Hall, 2003, p.18). Así, esta categoría nos invita a pensar cómo se da ese devenir en estructuras de poder específicas como lo son las instituciones de salud y qué procesos de exclusión generan.

En este sentido, es importante señalar las condiciones de posibilidad en que las representaciones sociales se producen, se generalizan y naturalizan. El neoliberalismo debe ser leído, como nos advierten Dardot y Laval (2013), no sólo como conjunto de políticas económicas, sino como un modo de hacer sociedad, como una *racionalidad global* cuya funcionalidad política es ordenar las conductas sociales en todas las esferas de la vida social. Es decir, a la vez que ordena los modos de gobernar, también lo hace sobre las conductas de lxs gobernadx. Es así que el neoliberalismo no se limita a arrasar lo constituido en materia de instituciones, de derechos sociales, de ciudadanía, etc., sino que además *es productor* de un tipo de norma y de relaciones que instituyen cierto patrón de subjetividad. Como plantean los autores “(...) con el neoliberalismo lo que está en juego es, nada más y nada menos, *la forma de nuestra existencia*, o sea el modo en que nos vemos llevados a comportarnos, a relacionarnos con los demás y con nosotros mismos” (Dardot y Laval, 2013, p.14).

La base de esta racionalidad global está en la instauración de la competencia como *norma de conducta* y de la empresa como *modelo de subjetivación*, la competitividad se promueve como principio de gobierno y llega a todos los ámbitos de la vida en sociedad. El resultado de esta extensión de la lógica de mercado, es la producción de lo que lxs autorxs denominan una *subjetivación contable y financiera* mediante la cual lx sujetx se relaciona consigo mismx como capital humano, como un valor que debe ir en aumento, lógica que además lleva a la justificación de las desigualdades cada vez más grandes.

Perspectiva metodológica: sistematización y narrativas

El presente TIF adopta la tercera modalidad propuesta en el Reglamento General de Tesis y Trabajos Integradores Finales de Grado de la Escuela de Trabajo Social S/Resolución N° 2890/18. Cuyo objetivo es: “*analizar críticamente, tanto teórica como técnicamente, la experiencia de la práctica a los efectos de contribuir a la generación de conocimiento disciplinares*”. Por lo tanto, el abordaje del tema será llevado a cabo a través de un proceso de sistematización de nuestras prácticas pre-profesionales de 4to. y 5to. año, desarrolladas en los Centros de Salud “Dr. Maiztegui” y “Luchemos por la vida” durante los años 2017 y 2019 respectivamente.

Siguiendo a Paula Meschini, entendemos a la sistematización como:

(...) un proceso de recuperación y apropiación de una intervención social en el marco de una práctica formativa determinada, que al relacionar históricamente sus componentes teóricos-prácticos, permite comprender y explicar los contextos, los sentidos, fundamentos, lógicas y aspectos problemáticos que presenta la misma en la sociedad contemporánea, con el fin de aportar a la transformación de la realidad y cualificar la comprensión del proceso de intervención social (Meschini, 2018, p. 29)

El tratamiento del TIF asume una mirada cualitativa, además de asistirse del enfoque biográfico como principal técnica de recolección de información. Para Daniel Berteaux (1999) este enfoque resulta productivo en cuanto permite conciliar observación con reflexión.

Nuestro insumo fundamental serán aquellas literalidades que registramos en nuestros cuadernos de campo. A partir de dichas textualidades, construimos narraciones o relatos que le aportan a la literalidad el escenario ficcionado de la situación narrada, con gestos, expresiones, momentos, lugares, etc. La recuperación reflexiva de esta materialidad escrituraria, adquiere la forma de una práctica dialógica y fundante de nuevas reflexiones que porta el interés y la vocación intelectual por lograr un *conocimiento situado* (Haraway, 1991).

En tal sentido se priorizará la “narrativización de lo dicho”, lo visto y lo oído, comprometido en la instancia del proceso de atención de la salud haciendo hincapié en los discursos que emergen en la diversidad de actorxs interactuando. Esto nos permitirá (re) construir tramas de sentido “(...) entre personajes, argumentaciones, temporalidades disyuntas, lenguas diferentes, voces protagónicas y secundarias; y articularlas en relatos cuya lógica interna sea susceptible de ser mostrada, no impuesta desde una exterioridad” (Arfuch, 2002, p.196).

Narrar y relatar nos posibilita re-crear nuestro proceso de práctica, en tanto buscamos reflexionar de una manera creativa acerca de ello. Además nos sirve de herramienta para no apelar

a juicios sobre personas particulares y en cambio hacer hincapié sobre los discursos que emergen en las organizaciones de salud y quienes allí transitan. Vale aclarar, que estas recuperaciones son tomadas en términos de un acuerdo con los CS y sus trabajadorxs, de nuestra presencia allí con fines académicos y que de ninguna manera pretendemos emitir acusaciones sobre lo dicho, sino más bien ubicarlo dentro de una dinámica institucional que sitúa a lxs sujetxs allí inmersxs como parte fundamental de su engranaje.

El TIF articuladamente descansa en un trasfondo teórico metodológico que se nutre de la noción de campo trabajada en la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu, así como de la corriente francesa del Análisis Institucional y del dispositivo teórico foucaultiano. Al mismo tiempo se explora bibliografía sobre representaciones sociales abordada desde el pensamiento crítico contemporáneo y los estudios culturales.

Al considerar a la sistematización colaboradora en la problematización de las diferentes dimensiones (ético-política, teórica-conceptual, procedimental, operativa y contextual) que atraviesan la praxis también nos servimos de bibliografía propia de la disciplina del Trabajo Social para seguir interrogándonos sobre la intervención social en lo social. Vale precisar también que nuestras prácticas se desarrollaron en un contexto social neoliberal agravado y endurecido por las políticas de ajuste del gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) que incidieron negativamente en el campo salud.

En definitiva consideramos que el ejercicio de reflexión y problematización de la práctica pre-profesional vivenciada contribuye a develar los sentidos que aparecen ocultos o imperceptibles en el quehacer cotidiano de la vida institucional, en el plano discursivo y en las prácticas que allí se producen.

Situación problemática

A partir de nuestra experiencia de práctica profesional en los efectores de APS “Dr. Julio Maiztegui” y “Luchemos por la vida” observamos que lxs trabajadorxs revelan, en el ejercicio de su práctica cotidiana, representaciones sociales cargadas de componentes estigmatizantes acerca de lxs usuarixs. En torno a esto, nos preguntamos ¿qué impacto tienen sobre el proceso de atención en un sentido integral?, ¿qué efectos producen a la hora de garantizar el derecho de acceso a la salud?, ¿qué lugar se le asigna a la noción de sujetx de derechos?

Objetivo general

Producir un conocimiento crítico (situado) acerca de las representaciones sociales de lxs trabajadorxs de los CS y el impacto que tienen las mismas sobre los procesos de atención y el acceso a la salud como derecho fundamental.

Objetivos específicos

- Describir el contexto institucional de los centros de práctica.
- Precisar los lineamientos de la política de salud pública que los atraviesa.
- Analizar “lo institucional” en los procesos de atención, prevención y promoción de la salud.
- Problematizar las representaciones sociales de lxs trabajadorxs que operan sobre lxs usuarixs.
- Determinar prácticas discursivas dominantes y naturalizadas.
- Develar qué noción de sujetx se impone en los procesos de atención.
- Detallar las consecuencias que tienen sobre el proceso de atención a la salud.

Análisis y reflexión

Parte de la intencionalidad metodológica es la presentación de una propuesta interventiva superadora. Producto del proceso reflexivo asentado en la sistematización se procede a la elaboración de una estrategia interventiva de carácter propositiva con el fin de modificar algún aspecto de la situación problemática abordada.

“Mis palabras van a atravesar la profundidad extraviada en una piel
que alguna vez clasificaste como fea,
negra, anormal, salvaje, inferior, sucia, delincuente, enferma, inservible,
hasta que se disuelvan los límites del poder de tu definición”
(val flores⁴, 2018)

⁴La autora escribe su nombre con minúsculas como un gesto disruptivo con la gramática normativa, y como inscripción en una genealogía feminista, que junto a bell hooks utilizan este recurso como forma de resaltar la obra y lo que allí se dice y no el nombre propio.

I

La dimensión institucional de los centros de práctica

“Una sociedad más justa se hace con palabras que sostengan la diversidad”

(Ana María Fernández, 1994)

Nos interesa rescatar el valor de las prácticas profesionales como punto de confluencia de lo teórico y lo práctico, en tanto fueron el lugar de surgimiento de preguntas y repreguntas relacionadas a nuestro proceso de aprendizaje del ejercicio profesional y, en consecuencia espacio posibilitador de generación de conocimiento, que intentamos recuperar haciendo uso de una capacidad crítica-reflexiva. La sistematización como herramienta metodológica nos permite una interpretación más profunda del proceso vivido, vale decir, colabora en la comprensión integral de nuestra experiencia interventiva para la problematización de las diferentes dimensiones que se ponen en juego en cualquier práctica que comprometa la intervención en lo social, sus dimensiones ético-políticas, teórico-conceptuales, procedimentales, operativas y contextuales. “La reflexión sobre las prácticas vividas es la que permite generar la incomodidad y la disposición necesarias para producir alternativas de prácticas y de conceptos para enfrentar el desafío de producir transformaciones” (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006, p.154). Comprendemos entonces que, si bien este trabajo no tiene como objetivo la generación de conocimiento científico, sí permanece la intención de producción de conocimiento disciplinar propio de las prácticas, buscando desentramar las ideas de sentido común que operan en ellas, naturalizando determinados aspectos de la realidad social. Para ello, entendemos que es necesario realizar mediaciones conceptuales y problematizar lo experimentado (Meschini, 2008).

Instituciones-Organizaciones. Una mirada desde el Análisis Institucional

La inserción institucional fue realizada en las organizaciones de salud de atención primaria “Dr. Julio Maiztegui” y “Luchemos por la vida” y, aun reconociendo sus particularidades y diferencias tales como la ubicación territorial, las problemáticas que abordan, los equipos que los conforman, etc., decidimos sustraer elementos de ambas para este análisis, privilegiando los puntos de encuentro y elementos comunes en torno a la temática elegida.

Comprender el funcionamiento de la dimensión institucional de los centros de práctica es indispensable, ya que en ese entramado es donde se ponen en juego los discursos e imaginarios institucionales que analizaremos más adelante. Para ello, nos basaremos en los aportes de la corriente francesa del Análisis Institucional en tanto perspectiva que nos permite leer a los CS teniendo en cuenta el atravesamiento de su dimensión funcional, simbólica e imaginaria, desde la idea de pen-

sar a las instituciones como algo en movimiento donde lxs sujetxs, los grupos que las habitan, son precisamente los que activan ese movimiento permitiéndonos observar el funcionamiento de “lo institucional”.

Las instituciones son, en primer término, producciones socio históricas; surgen y se desarrollan en determinados contextos sociales, económicos y políticos. Son, en un sentido abstracto, un conjunto de prescripciones y prohibiciones que guían la vida social de manera consciente o no, acorde a determinados valores (Baremlitt, 2005). Esto quiere decir que una de sus funciones primordiales es ordenar lo elemental de las relaciones y vínculos sociales acorde a sus prescripciones, es decir, nos dicen lo que debemos y lo que no, lo que podemos y lo que no, regulan y otorgan posibilidades de acuerdo a ciertos valores sociales y culturales, en la esfera de la actividad y las relaciones sociales. Siguiendo al autor, la sociedad es “un tejido de instituciones que se interpenetran y articulan entre sí, para regular la producción, la reproducción y la anti producción de la vida humana...” (Baremlitt, 2005, p.35). Y para formar parte de una sociedad en carácter de ciudadanx es necesario ser reconocidx en base a esos valores, como par, como semejante por lxs otrxs. Esa producción de reconocimiento es como propone Graciela Frigerio (2004) el objetivo de las instituciones.

Estas se materializan en organizaciones y requieren de los establecimientos y equipamientos para existir. En este caso particular, son los centros de salud los que le asignan a la institución salud visibilidad y tangibilidad en un sentido particular. En esos espacios, la institución salud se expresa en una realidad organizacional que traspasa las paredes de su estructura edilicia de carácter sanitario. Todo en las instituciones habla, refiere Kaminsky (1994), en la medida que lo sepamos escuchar y los grupos que las conforman son los ojos de las mismas. En este sentido el Análisis Institucional considera que las instituciones, no son sólo un conjunto de funciones fijas y estables, sino que hay algo que se juega más allá de lo dado, de lo establecido, de lo conocido. Por lo tanto Kaminsky dice que las instituciones “son algo en movimiento”. Esta idea de “movimiento” rompe con lo estático y fijo y nos introduce en la idea de *devenir*, de acontecer, donde nos detenemos a observar los procesos institucionales, los acontecimientos institucionales y principalmente se pone la mirada en los grupos que las constituyen. O sea, el Análisis Institucional se implica en un territorio donde quedan incluidos los discursos, las prácticas y los objetos instituidos que atraviesan el límite de la organización.

Por consiguiente, introducir la mirada de “lo institucional” nos aleja de pensar a la institución como cosa y pasamos a pensarlas como dispositivo. Esta perspectiva posibilita interseccionar la dimensión funcional y simbólica con la dimensión imaginaria, donde se juega la cuestión fantasmática de cualquier institución, la cual nos permite dar cuenta acerca de “lo que son y lo que no son y lo que creen ser” (Kaminsky, 1994, p.9). Las mismas están movilizadas y existen a través de los grupos que las habitan. Por lo tanto podemos decir que las instituciones están vivas: se mueven, mutan, cambian y que “un grupo se inscribe en un sistema institucional dado, de la misma manera que la institución solo vive en los grupos humanos que la constituyen” (Fernández, 1989).

Las organizaciones expresan un orden, instituyen modos de comportamiento y pautas de relacionamiento y de vinculación que nutren y hacen a la dimensión simbólica e imaginaria, generando representaciones propias acorde a una identidad que es singular. Al decir de Kaminsky, es en el terreno de lo imaginario institucional donde se ponen en juego las violencias y contraviolencias discursivas que se despliegan en distintos espacios institucionales, a veces de maneras más explícitas (propias de las instituciones totales) y otras más sutiles (en reuniones de equipos, en pases de salas, dispositivos de admisión, evaluación, talleres, etc.). El movimiento que le asignamos a las instituciones hace referencia a que se mueven en la contradicción. Es esa contradicción la que tensiona la relación dialéctica entre lo instituido como lo dado, lo hecho, y lo instituyente como lo que se va haciendo, lo interpelado, lo interrogado, que produce institucionalización. Lo instituyente aparece como ruptura de lo habitual, es la fuerza que empuja las transformaciones institucionales, mientras que lo instituido es entendido como aquella estructura que resiste a los cambios.

En los centros de salud donde hemos realizado nuestras prácticas, la función normativa desde el punto de vista de su organigrama y acorde a una política de salud instituida, se direcciona en la gestión eficaz de los procesos de salud-enfermedad-atención regidos por la lógica de la APS. Este modo de administrar el derecho a la salud, desde esta política, se lleva adelante en el marco de relaciones de fuerzas en continuo movimiento que le disputan sentido. En esta lucha por los sentidos ha tenido impacto la inclusión de la perspectiva de género, la salud sexual integral, la interrupción voluntaria del embarazo y la incorporación de la noción de “cuidados”. Estos cambios y la concreción de nuevos derechos impactan en los procesos de atención instituidos-naturalizados, los cuales se ven interpelados y exigen ser re-significados. Estos procesos institucionales no se dan libres de tensiones, o por fuera de conflictos, debido al monto de resistencias o rechazos de algunos trabajadores que se encuentran fijados en conductas estereotipadas y prejuiciosas sobre lxs sujetxs a los que se asiste, dificultando la posibilidad de producir rupturas con modos de atención naturalizados, donde a lxs usuarixs no se los sitúa ni aparecen como sujetxs de derecho.

Desde estos señalamientos que hemos realizado en un sentido general, nos interesa remarcar particularmente el desenvolvimiento de los equipos de trabajo en los centros de salud abordados. Observar lo que sucede en la base de la organización, “porque todo el sistema institucional está ahí, entre nosotros, en el aquí y ahora” (Lapassade, 1977). Este nivel de la base, es el nivel de la vida diaria, es el del grupo, donde ya hay institución. Sobre este punto volveremos más adelante.

Los Centros de Salud como espacio de prácticas

Al intentar comprender y desentramar la vida institucional que da sentido a las prácticas que allí se despliegan, comprendemos también lo necesario del análisis de nuestro paso por allí y nuestras propias significaciones y sentidos al estar implicadas en esos espacios de trabajo. Esta es la invitación que nos hace María José Acevedo (2002), retomando a Lourau, con el análisis de la *implicación*, es decir, lo que traemos, en tanto sujetxs formadxs social y políticamente, se pone en

juego en el encuentro con lo estudiado, con las instituciones, con lxs demás sujetxs allí presentes, con lo observado, que a su vez implica una toma de posición o acción de nuestra parte. Las propias estructuras de sentido se comprometen en el encuentro con el espacio institucional, muchas veces preguntándonos por sentidos diferentes, nuevos, disruptivos, generando preguntas en torno a nuestros propios condicionamientos y posibilidades.

Los Centros de Salud “Dr. Julio Maiztegui” y “Luchemos por la vida” están ubicados en la Zona Sur (B° San Martín Sur) y la zona Oeste (B° La Lagunita) respectivamente, de la ciudad de Rosario. Ambas son organizaciones de salud municipales que se ubican en la base de la pirámide de la lógica de APS y están integrados a un sistema de atención en red que comprende efectores municipales y provinciales. La red de salud se organiza en tres niveles según la complejidad de los problemas de salud. El primer nivel, está destinado a los centros de salud que operan con un criterio de proximidad a la población, procurando que en ese primer contacto de la persona con la red, se garantice su derecho a la salud teniendo en cuenta el barrio al que pertenece y las características territoriales que lo definen. A su vez, estos centros de salud se ajustan a dicha política que se perfila a la idea de una clínica ampliada. Este enfoque entra en sintonía con la definición de la OMS, la cual considera a la salud emergente de una situación social compleja y no sólo reducida a la ausencia de enfermedad.

Además, en documentos oficiales de la Provincia de Santa Fe encontramos que esa concepción se conjuga con la de Floreal Ferrara (Ministro de Salud en el gobierno alfonsinista), que la considera como la “capacidad individual y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida” (Ferrandini, 2011, p.4). Esta incorporación permite establecer la importancia del trabajo cotidiano con lxs sujetxs sobre este proceso para mejorar su calidad de vida, y, sobre todo, su participación como ciudadanxs de los abordajes que se lleven adelante. En línea con esto, la política municipal coincidente con la propuesta de “Clínica ampliada” de Sousa Campos (2001), incorpora la ampliación sobre la noción de sujetx.

Se corre la mirada de “sujetx enfermxx” hacia tres dimensiones que deben ser consideradas: *sujetx biológicx*, *sujetx subjetivx* y *sujetx ciudadanx*, incorporando así la perspectiva de derechos en la clínica. De hecho, en el artículo 19 de la Constitución provincial se establece que es el Estado provincial el responsable de garantizar la salud como derecho fundamental del individux e interés de la colectividad.

Hay dos elementos primordiales para llevar adelante la estrategia de APS, por un lado se encuentra la existencia de equipos interdisciplinarios que realicen tareas de prevención y promoción de la salud comunitaria, educación y proyectos intersectoriales para aumentar la capacidad de resolución de los problemas de salud. Se establece así una organización del trabajo que intenta dar respuesta a las demandas denominadas de salud integral. Y el otro, es el trabajo territorializado, esta noción es fundamental en tanto está sustentada por la idea de cercanía o proximidad a una población que tendrá características singulares según su ubicación geográfica, su historia y particularidades, y también como espacio de poder, es decir, la arena política en la que se dirimen intereses.

En este último sentido la política provincial propone la noción de descentralización como manera de distribuir el poder político y ampliar el diálogo entre lxs actorxs para la toma de decisiones. Teniendo en cuenta la relevancia del eje territorial para la estrategia de APS, es importante recuperar que ambas organizaciones se encuentran emplazadas en zonas pobres de la ciudad. La población de ambos barrios está conformada en general por personas de escasos recursos económicos, con condiciones materiales insuficientes para afrontar la cotidianidad de sus vidas. Asimismo, se hacen notorias las falencias y carencias en materia de hábitat, servicios básicos, transporte, etc. Es decir, las políticas del Estado resultan insuficientes en relación con la salud y sus múltiples dimensiones. Para poder acceder a la atención en los CS es condición estar adscriptx y, para ello, es necesario vivir en el área de referencia que corresponde a la organización. En nuestros años de prácticas fue notorio el aumento de adscripciones y de demanda, producto sobre todo de la pérdida de empleo y con ello de cobertura de obras sociales de la población.

A su vez, el territorio nos remite a una construcción social y colectiva que realizan los grupos que habitan ese espacio a partir de sus prácticas, percepciones y nociones. Aparece como un espacio geográfico, pero es ante todo un espacio social que posee una organización social determinada, sus habitantes comparten un conjunto de normas y valores. Esto no quiere decir que sea un espacio sin conflicto, sino más bien que esas prácticas contribuyen a moldear la pertenencia e identidad social (Spataro, 2008). En esta trama relacional participan diversxs actorxs con diversos intereses y racionalidades: sus habitantes, lxs trabajadorxs, las organizaciones sociales que allí trabajan, como así también el Estado en sus diferentes niveles. Las características y delimitaciones geográficas cobran sentido si las conjugamos con un análisis social que tenga en cuenta que las fronteras del barrio, particularmente de la zona sur de Rosario, son difícilmente franqueables por sus habitantes, quienes lo atraviesan en una lógica de supervivencia, ya que también son fronteras sociales y culturales.

Sumado a esto, nos parece interesante referirnos a lo edilicio ya que en ambas organizaciones vemos paredes agrietadas, manchas de humedad, desmoronamiento de techos, falta de pintura y de arreglos generales, lo que conduce a pensar la poca disponibilidad o inversión de recursos para mantenimiento que existe. Además de hacer a la calidad de la atención y cobijo de quienes se atienden y para quienes trabajan allí, estas características reflejan el descuido del Estado para con las organizaciones ancladas en los barrios. En estas condiciones ¿se garantiza el cumplimiento de la estrategia de salud?, ¿se garantiza la salud como derecho? Además ¿qué relación tiene este descuido del Estado con organizaciones emplazadas en zonas pobres de la ciudad?

Lo espacial-material pone de relieve que todxs lxs profesionales cuentan con consultorios, excepto psicólogxs y trabajadorxs sociales, que rotan por los consultorios o el Salón de Usos Múltiples (SUM) para hacer sus tareas cotidianas. El SUM se destina sobre todo a reuniones de equipo y almuerzos, aunque también funciona como depósito de medicamentos o cajas de leche, incluso de cosas en desuso. Como sabemos, el espacio físico, su disposición y distribución no sólo nos indican cosas acerca de su accesibilidad y funcionalidad, sino también nos indican un espacio sim-

bólico (Acevedo, 2004), como así también de prestigio y reconocimiento otorgado a determinados roles, funciones y profesiones ¿porque está naturalizado que profesiones psi y TS no tengan un espacio fijo destinado a sus tareas? ¿Es indicador de un lugar periférico o movable en relación a la estrategia de salud?

Trabajo en salud, trabajo en equipo

Nombrar un problema, unxs sujetxs, unas prácticas de determinada manera otorga la posibilidad, no sólo de clasificar y ordenar, sino también de generar un abanico de posibles intervenciones sobre ello. La noción de *racionalidad política* es esclarecedora en este aspecto, ya que la misma es entendida como un elemento del campo discursivo dentro del cual podemos discernir cómo el poder es conceptualizado y ejercido. Constituir un problema, hacerlo inteligible marca las posibilidades de actuar e intervenir sobre él (Giavedoni, 2012).

De esta manera, el Estado entendido no sólo como administración del sector público, sino como un conjunto de relaciones que establecen cierto orden y determinan ciertas prácticas de gobierno, configura los procesos de salud-enfermedad como problemas que deben ser atendidos, en este primer nivel de atención, según una lógica territorializada, enmarcada en la clínica ampliada, en un trabajo en red con otros efectores y de manera intersectorial e interdisciplinaria.

Como hemos planteado anteriormente, una de las características del trabajo en salud es que se lleva a cabo mediante la conformación de equipos de trabajo, con vistas a abordar interdisciplinariamente las problemáticas que se presentan para la consecución de un objetivo principal: garantizar la *salud integral*. Cada una de las profesiones pone en juego sus saberes específicos para el cumplimiento de las estrategias diseñadas en conjunto, las cuales se ordenan a partir de la visión de salud municipal, que le imprime al trabajo una organización que le es propia y en la que estas profesiones no debieran actuar sumando -como mera agregación- cada una de sus intervenciones, sino más bien disponiendo todas sus herramientas para abordar las dimensiones comprometidas en las problemáticas de salud que se presenten, cada una con sus singularidades.

La interdisciplinariedad, como propone Vasconcelos (1999), exige que se identifiquen tanto problemáticas comunes como concepciones políticas y teóricas básicas, asimismo requiere establecer principios y conceptos fundamentales para el abordaje de tales problemáticas. Agregamos que, además del saber específico de cada profesión, es indispensable atender al conocimiento y reconocimiento de la política de salud regida por la perspectiva de derechos, ya que sobre ello se asienta toda la organización del trabajo en que lxs trabajadorxs están inmersxs día a día.

En ambas organizaciones hemos observado que la noción de *trabajo en equipo* cobra mucha importancia discursivamente para la mayoría de lxs trabajadorxs⁵, pero a su vez trae aparejado mucho malestar en la práctica. Es decir, hay un reconocimiento de que dicha forma de organizar

⁵ Preferimos referirnos a ellxs como “trabajadorxs de la salud” para no incurrir en diferenciaciones entre categorías profesionales o no profesionales, entendiendo que todxs forman parte elemental en la estrategia de salud.

el trabajo es necesaria e inherente a la estrategia de APS y la misma se encuentra en el nivel de las funciones que lxs trabajadorxs saben que deben desempeñar en tanto forma parte de lo instituido, pero lo sostienen con dificultades, desacuerdos, posicionamientos políticos incluso muy diferenciados, lo que genera que en el cotidiano prevalezcan las intervenciones fragmentadas y la falta de diálogo. Esto, observamos, genera tanto un desgaste en ellxs como equipo de trabajo, como así también una gran dificultad para el diseño conjunto de estrategias de abordaje y el sostenimiento de instancias de trabajo y re trabajo que requieran la cooperación de saberes. Entorpece diariamente el trabajo, generando intervenciones fragmentadas e incluso sin nexo que las unifique, de manera que en lugar de producirse un trabajo interdisciplinario, se instituye lo que Vasconcelos denomina como *pluridisciplinariedad*, es decir, una yuxtaposición de diversas disciplinas que se agrupan de modo tal que aparece, en cierta medida, una relación de cooperación entre ellas, pero sin coordinación (como por ejemplo cuando el tratamiento de una situación particular se restringe únicamente al intercambio de información u opiniones entre lxs trabajadorxs) (Vasconcelos, 1999).

El análisis de los grupos como ojos a través de los cuales ver hacia el interior de las instituciones es útil al momento de hablar de trabajo en equipo (Kaminsky, 1994). La dimensión de lo grupal que nos interesa destacar es aquella que se relaciona con la formación simbólico-imaginaria, que es fundante de lo que acontece al interior de los grupos, lo que en ellos se enuncia y se pone en juego. Esta formación se construye a partir de la consolidación de representaciones imaginarias que son comunes al grupo y que generan actos de producción y cristalización de sentidos. Ello no suprime la singularidad de los posicionamientos personales de lxs sujetxs, sino que a partir de esta formación hay movimientos grupales que se dan según estas representaciones imaginarias que son compartidas por la mayoría del grupo (Fernández, 1993). ¿Qué representaciones imaginarias conforman la base desde la cual se generan operaciones de sentido sobre lxs otrxs en los efectores de APS?

Ana María Fernández (1989) nos recuerda además la importancia de lo socio-histórico y lo político en la formación de los grupos. Éstos no son islas dentro de la sociedad, sino que ese mal llamado “afuera social” determina su inscripción institucional y los imaginarios que lo sostienen. Es decir, la sociedad no es el contexto de los grupos, sino más bien el texto en el que estos producen y reproducen su manera de ver el mundo. De manera que ahondar en este texto grupal y los sentidos que producen sobre lxs sujetxs, es primordial para hacernos preguntas críticas en relación a las estrategias de salud y su cumplimiento como derecho de todas las personas.

Nos interesa también retomar la diferenciación propuesta por Gregorio Kaminsky (1994) entre *grupo objeto* y *grupo sujeto*, conceptos abordados por Félix Guattari en su libro *Psicoanálisis y Transversalidad* (1970), en cuanto recurso conceptual que nos permite ver cómo se plasma la dinámica *instituido-instituyente* al interior de las organizaciones y específicamente al interior de los equipos de trabajo. Los *grupos objeto* son los hablados por la institución, los que sostienen lo establecido, atendiendo a las consignas instituidas y realizando lo que se espera de ellos. Los *grupos sujeto*, son los hablantes que buscan funcionar más allá de lo establecido. Si bien, no existen como tales en estado puro y tampoco hace la excepción lo que acontece en las organizaciones de salud, podemos

identificar que uno de los elementos que permiten diferenciar grupalidades en estos términos es el saber médico hegemónico que, como ya hemos planteado, tiene prevalencia como discurso de verdad. Los grupos que sostienen esta visión desde lo discursivo y lo práctico funcionan como una autoridad que tiene peso para sostener ese lugar de verdad dentro de la dinámica en la que se ponen en juego discursos según determinados roles y posiciones en una trama de poder en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención.

Observamos que los saberes ligados a la profesión médica son los que tienen mayor reconocimiento social y raramente son cuestionados a la hora de la toma de decisiones, de desplegar opiniones o realizar propuestas acerca del trabajo cotidiano. Además, en general son lxs profesionales medicxs quienes mayormente oponen resistencia a la hora de incorporar otros saberes para el trabajo diario y para pensar los abordajes en salud, pese a que la política de salud señala que la incorporación de lo social es fundamental para el trabajo en APS.

Otra formación grupal que podemos identificar es el de los lugares “ocupados” por las profesiones del trabajo social y de la psicología. Estxs profesionales adquieren características de *grupo sujeto* ya que mantienen una mirada crítica con lo instituido y, en la medida de lo posible, están atentos a las brechas o intersticios institucionales para llevar adelante acciones instituyentes.

Los saberes de lxs profesionales de psicología y TS aparecen en general como aquellos que buscan interpelar las posiciones discursivas de lxs otrxs trabajadorxs, como así también interrogar lo naturalizado e impropio de la vida institucional. Si bien, gran parte del equipo de salud no le otorga la atención que corresponde a las problemáticas sociales, también y paradójicamente se les consulta a menudo a lxs TS acerca de las situaciones problemáticas por su conocimiento del territorio, las singularidades y los circuitos institucionales. Los saberes ligados a lo administrativo corresponden, en general, al conocimiento más profundo de la organización y es aquí donde se generan jerarquías muchas veces por antigüedad. La pertenencia de larga data a la organización es la que otorga mayor legitimidad en los procesos de toma de decisiones del equipo de salud. Cada uno de estos saberes se vincula a un lugar simbólico dentro de la institución y de las organizaciones que observamos y, en tanto todo saber establece una relación de poder, éste otorga diferentes cuotas de poder a lxs sujetxs a la hora de disputar sentidos en el trabajo cotidiano. Vale aclarar que estas son observaciones y apreciaciones sobre los referentes empíricos aquí analizados y no pueden ser trasladables a todo el universo que compone los centros de salud en la política de salud local.

Respecto a la organización del trabajo en “Luchemos por la vida”, el último año tuvimos la oportunidad de indagar acerca de cómo lxs trabajadorxs veían el trabajo en equipo y su actuación allí, como así también las relaciones que entablaron en el ámbito de trabajo. Esto lo hicimos a través de entrevistas no estructuradas y dinámicas grupales, en las que la mayoría de lxs trabajadorxs reveló que el trabajo en APS significa “trabajo en equipo”, “salir al barrio”, “acercar la salud al territorio”. Pero reconociendo que tienen muchas dificultades para trabajar interdisciplinariamente y escucharse entre sí, es decir, escuchar al otrx en tanto sabe algo que ellxs mismxs no, establecer un diálogo en relación a las estrategias de trabajo. Otro elemento que cobra relevancia para el análisis de la organización del trabajo, son las condiciones en que éste se desarrolla. Observamos que se

trabaja a destajo, con sobrecarga de horas y funciones, en un contexto de aumento constante de demanda y muchas veces sin respuesta o apoyo por parte de las instancias superiores en la resolución de estas situaciones problemáticas. Este panorama que aparece como constante en ambos CS, provocaba que lxs trabajadorxs se sintieran abandonadxs en términos de no ser tenidxs cuenta por parte de las coordinaciones de los distritos, al mismo tiempo que se veían expuestxs a hacerse cargo de las falencias de la organización del trabajo como propias y no como consecuencias de un contexto de trabajo sobre-exigido. La falta de reconocimiento y la sensación de estar interviniendo en soledad en el territorio, lxs llevaba a experimentar el desgano y la frustración. Otro elemento destacado y reconocido por lxs trabajadorxs es la escasez de personal, el faltante de recursos de todo orden como así también de respuestas adecuadas provenientes de las jerarquías y de instancias de gestión correspondiente a los niveles superiores.

Otro factor con incidencia negativa en la calidad de la atención es la preeminencia de la inmediatez, caracterizada por situaciones de urgencia, que soslayan y postergan a un segundo plano los abordajes singularizados que permiten conocer más en profundidad las situaciones problemáticas enunciadas por lxs usuarixs en el marco de las condiciones de su vida cotidiana. Dejando suspendidos de esta manera los lineamientos que conducen los objetivos de la APS. Esta realidad produce otro escenario marcado por la necesidad de “correr detrás de una atención bien biológica”⁶.

Nos preguntamos entonces si mejorar el vínculo entre lxs trabajadorxs, el nivel de la intercomunicación, habilitando una escucha diferente y poniendo en cuestión la rutinización del trabajo como factor perjudicial que estructura sus relaciones en el trabajo ¿puede generar una práctica y una atención diferentes? ¿Cabe también a las Coordinaciones de Distrito hacerse de estos interrogantes? o bien ¿cabe acercarlos como punto de partida para empezar a desarmar los prejuicios que acarrear la conductas y miradas fijadas en estereotipos que están naturalizados?

Por lo tanto en esta producción reflexiva sobre los centros de prácticas, nos encontramos con otra institución universal que es el Trabajo. Que se expresa como una actividad productiva que persigue un logro o una ganancia, pero también opera como “un lugar para hacer y hacerse junto a otros” (Dejours, 1998) . Por lo que cumple con una función de producción de subjetividades. Para la Psicodinámica del Trabajo, el trabajo es entendido esencialmente como una relación social. En ella se pone en juego lo propio del espacio de trabajo, donde se compromete el cuerpo en su faceta biológica, pero también lo subjetivo y los modos de afectación que se desprenden de esa relación producida en situación de encuentro. La *corposubjetividad*, término acuñado por Enrique Carpintero (2015) entonces, se transforma a partir de la relación con la realidad, de confrontarse con ella y de experimentar resistencias como mecanismos de defensa entre el trabajo prescripto y el trabajo real, entre los objetivos de una política de salud y los fijados por la propia organización del trabajo en la vida cotidiana.

⁶ Tomado textual de entrevista realizada a trabajadores del CS “Luchemos por la vida”.

Las personas necesitan, al decir de Onocko (2008) identificarse positivamente con los objetivos y la misión institucional, para generar un compromiso con las tareas que allí se despliegan. La dimensión subjetivante del trabajo, hace también que las personas transiten el sufrimiento como parte de ese proceso. La Psicodinámica del Trabajo sostiene que la frustración, el desgaste, el agotamiento, el desencantamiento con las posibilidades institucionales, hacen de lxs trabajadorxs de salud personas no comprometidas de lleno con esas tareas como modo defensivo de ese sufrimiento.

Estos modos contrariados de trabajar junto a otrxs, con otrxs, tensionan la letra de APS y muchas veces lxs trabajadores con sus intervenciones desvían su sentido y se produce un desdibujamiento de los objetivos para los cuales fueron creadas estas organizaciones, poniendo en cuestión al propio derecho a la salud no sólo en su nivel de enunciación formal sino en la práctica concreta.

Si partimos de la idea de situar a la práctica de salud como una práctica social que traspasa su dimensión técnica, nos permitimos preguntar: ¿No sería beneficioso que lxs trabajadorxs puedan acordar un proyecto común, compartido desde sus diferencias para que guíen sus acciones como equipo y le otorgue identidad a lo interdisciplinario? ¿Tendrá así lugar un horizonte político que pueda ser pensado como eje de actuación común donde lxs trabajadorxs como sujetxs singulares encuentren un lugar digno de habitar y de ser, alojados?

Dimensión intersubjetiva del trabajo en salud

A la hora de intentar comprender el trabajo en salud en su complejidad y las relaciones que lxs trabajadorxs despliegan en esos espacios, seguiremos haciendo foco en la dimensión intersubjetiva del trabajo en salud, en concordancia con lo desarrollado en los apartados anteriores. En esta dimensión quedan comprometidxs también lxs usuarixs y sus demandas de salud para mejorar su calidad de vida, para lo cual es necesario que se lxs inscriba en su singularidad, como sujetxs de derecho que viven, padecen y crean su salud de formas diversas. En nuestras prácticas, hemos observado que estas personas recurrentemente son abordadas desde una mirada homogénea referida a sus condiciones de vida y en sus formas de demandar. Esa homogeneidad lleva a tratar a cada usuarix como un *caso más* al cual aplicar determinada técnica o procedimientos estandarizados y, en esta operación, se pierde de vista que lxs usuarixs atraviesan y son atravesadxs por *situaciones* y que esto trae aparejada la necesidad de *tomarlx en cuenta*, hacer con ellxs (Karsz, 2007).

El trabajo en salud se produce “en acto” y es aquí donde se pone en juego la capacidad, tanto de trabajadorxs como de lxs usuarixs de producir sentidos (Merhy, 2006). “El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento, hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad” (Spinelli, 2010, p. 283). Es en ese cara a cara, entre trabajadorxs y usuarixs, que lxs primerxs ponen a disposición sus conocimientos para hacer frente a las situaciones presentadas, hecho que

debe ser reforzado con la escucha atenta y un completo conocimiento en materia de derechos para poder abordar conjuntamente la singularidad de cada situación.

Asimismo, lo que pudimos observar en diversas ocasiones es que, en la rutina del trabajo cotidiano, lxs trabajadorxs de la salud objetivan a lxs sujetxs que asisten a los efectores, perdiendo de vista que este trato es también productor de efectos sobre la subjetividad. Al decir de Sousa Campos (1997): “No siempre un gesto mecánico es inocuo. Para bien o para mal, también él produce algún efecto, no hay como no admitirlo”(p.16).

El trabajo, como proceso colectivo que garantice accesibilidad a la salud, requiere por un lado autonomía para que lxs trabajadorxs puedan desplegar iniciativas y prácticas innovadoras y, a la vez, un grado de responsabilización de los mismos con los lineamientos institucionales que guían y orientan el trabajo.

La escucha como herramienta para una verdadera construcción conjunta de salud entre usuarixs, equipos y comunidad es fundamental dado que, como nos sugiere Carballada (2008) lxs sujetxs forjadxs en el relato neoliberal son sujetxs que surgen en una trama social fragmentada, fisurada, que padece y a la vez no son lxs sujetxs esperados por las instituciones, marcando la imposibilidad de abordajes uniformes y preestablecidos. Entonces, ejercer la escucha permite indagar acerca de los sentidos que emergen en el encuentro con lxs otrxs, como así también pensar en crear otros regímenes de visibilidad, donde sean reconocidxs como semejantes en tanto esto es una función esencial de lo institucional.

II

Recrear la experiencia de las prácticas: relatar como acto de comprensión y desciframiento.

“Un monstruo, socialmente hablando, no es un ser horripilante y feroz; es algo mucho más serio. Para las sociedades lo monstruoso es el otro. Es lo que interpela sus paradigmas y pone en jaque sus tabúes. Hay aquí otra de las potencias de la fantasía: nos acerca al otro, nos señala que la otredad no muerde. Y que, en cambio, puede enriquecer nuestras vidas y humanizarnos”.

(Liliana Bodoc, 2017)

“El nombre, la cosa, las palabras que designan la cosa se encuentran cargadas de un poder de connotación que solemos pasar por alto, como si la cosa estuviese ahí y la palabra sólo viniese a designarla”

(Giavedoni, 2012)

Creemos necesario realizar un análisis de los discursos que nos permita interrogar las estructuras de sentido construidas y arraigadas en las organizaciones donde realizamos nuestra práctica profesional -cuyas formas específicas serán narradas- ya que, el lenguaje debe ser comprendido, como dijimos, en su capacidad de crear aquello que nombra. Los discursos sobre lxs otrxs de las intervenciones de salud, hacen pie en *imaginarios sociales* que, hegemonizados en la sociedad, se hacen cuerpo también en lxs trabajadorxs de la salud. Si las instituciones están orientadas a distribuir el reconocimiento, al decir de Frigerio (2004) la manera de nombrar a lxs sujetxs usuarixs de las prácticas de salud ¿hacen sociedad? ¿lx ubican como semejante?

El neoliberalismo despliega mecanismos difíciles de visibilizar, no por esto sin consecuencias que, a su vez, se cuelan en esa manera de ver el mundo y a lxs otrxs: ¿cómo se trasladan esos discursos al interior de los Centros de salud? ¿Sobre qué categorías imaginarias se sustentan los mismos? ¿De qué manera alojan a esx otrx que es parte de la intervención profesional? En línea con estos interrogantes, buscamos desentramar una esfera que debe ser tomada en consideración para profundizar el entendimiento del funcionamiento de los diferentes espacios profesionales, en tanto campos de actuación, que son además espacios de encuentro con otrxs.

Entonces, los relatos aquí desplegados deben ser comprendidos en relación con los acontecimientos que narran y nunca con las personas a que se refieren, o que aparecen como “protagonistas” de los relatos, ni a sus posicionamientos personales. Estos acontecimientos, cuyo principio rector son las representaciones e imaginarios que sustentan los discursos, cumplen la función de *escena* dentro de una trama de sentido que es más extensa y en la que muchos otros componentes imaginarios y concretos entran en juego, componentes del campo que fueron explicados anteriormente. Nos proponemos así, incorporar lo discursivo como un elemento que debe ser tenido en cuenta para la comprensión del juego de poder al interior de tal campo.

El acto de narrar, de relatar que escogimos como forma creativa de traducir reflexivamente determinados aspectos de nuestra práctica pre profesional, se sostiene en una dimensión más

compleja que la mera narración, esto es: *la narrativa* como “(...) una forma de pensamiento que se constituye como distinto al lógico-científico: no es deductivo, sino que a partir de la gestión de la experiencia produce significado” (Grollmus y Pujol, 2015, p.11). Producir interrogantes y significados desde las narrativas sugiere correrse de la lógica académica, entendiendo junto a Ma. Nancy Ortiz Naranjo (2013) que donde las relaciones de saber-poder instaladas en lo académico tienden a hegemonizar la forma de las producciones escritas, contarnos de otra forma implica un riesgo pero también una apuesta a lo novedoso como un punto de partida desde el cual intentar fisurar los relatos sociales dominantes en los cuales estamos inmersas como sujetos y desde los cuales se entran las prácticas de salud.

El encuentro con otras narrativas y lógicas que circulan en las organizaciones de salud nos permite así poner en juego los relatos propios que son siempre co-construcción con otros, en este caso con trabajadorxs de la salud, usuarixs, docentes, tutorxs, compañerxs, etc. En ese juego dialógico constante es que nos permitimos inscribir nuestros relatos, como una posibilidad para pensar la circulación de “discursos otros” que emergen de subjetividades inscritas en el neoliberalismo como gran relato pero que buscan ponerse en juego a contrapelo de lo naturalizado, generar fisuras desde el extrañamiento que produce lo narrativo. Lo ficcional, asociado a aquello que nos saca del mundo real, que nos adentra a un mundo verosímil pero inexistente, pareciera no tener cabida en un lenguaje académico que tiene sus reglas y pautas respecto de qué, quién y cómo se escribe, para la construcción de discursos válidos dependiendo de cada disciplina o ciencia: “(...) toda la práctica científica social está mediada por un régimen de legalidad, de jurisprudencia, de legibilidad que hace que el discurso sobre la Intervención social sea uno y no otro” (Rosa, 2005, p.22).

El escritor y crítico literario John Gardner (2001) propone que una de las cuestiones más importantes para escribir ficción es, justamente, hacer que el lector entre en un *sueño vívido*. Que la obra se construya de manera que quien la lea se vea inmerso en ella, esté convencido de que lo que en ella se narra está sucediendo, con cada detalle. Pero no como pretensión de verdad sino como ánimo a la imaginación, a la creación. ¿No puede entonces haber punto de confluencia entre un relato que pretende hacernos vivenciar como un sueño lo que sucede en él y un escrito académico que pretende decir algo del mundo social, en este caso? ¿Por qué entonces lo ficcional está por debajo, al costado o aparte de lo académico? A lo largo de este trabajo venimos insistiendo en que no nos interesa establecer verdades o aferrarnos a las ya construidas, sino más bien seguir los caminos de luz y sombra, de preguntas y repreguntas, en esto nos parece poco útil la diferenciación entre discursos científicos o académicos y vulgares y apelamos al registro literario, a nuevos regímenes de ficcionalización (Rosa, 2005).

En las narraciones se ponen en juego, junto con la literalidad de los dichos recogidos, elementos construidos ficcionalmente en torno a la forma. Este recurso pretende explorar un modo novedoso de contar, de contarnos creativamente y, aunque no es una forma habitual de comunicar en nuestra formación, proponemos que la misma sea entendida como parte de una mixtura entre la escritura académica y lo literario, propiciando el extrañamiento.

Entonces, lo que nos proponemos construir mediante las narraciones como manera de or-

ganizar u ordenar es un hilo conductor de nuestra experiencia, buscando así profundizar en la trama que compone las representaciones que circulan en los efectores de salud sobre lxs usuarixs y desplegar nuevas preguntas en torno a las mismas, para así pensar otras prácticas posibles en espacios institucionales.

Neoliberalismo, subjetividad y representaciones sociales

Como explicamos anteriormente, el neoliberalismo debe ser tomado en cuenta no sólo por sus medidas económicas, sino también como *ethos*, esto es en su capacidad de hacer sociedad y de imponerse como norma de vida. Con ello vemos que, a través de lo discursivo, se proponen e imponen formas de subjetivación, es decir, ciertas maneras en que se producen lxs sujetxs y que estas formas adquieren hegemonía y se trasladan a toda la sociedad. La “empresa como modelo de subjetivación” trae aparejado que las relaciones y vínculos sociales, como así también las singularidades, pasen a ser ordenadas y organizadas según la lógica empresarial y del mercado. La gestión de la vida cotidiana, en la que el tiempo parece acelerarse, es pensada y evaluada por parámetros de productividad, a la vez que el modelo de individux que se propone es el exitosx, emprendedorx, adaptadx al cambio y la incertidumbre, proactivx, pero individux, es decir, debe por sí mismx recorrer su trayectoria de vida y trabajo que lx conduzcan a una mejor posición en el mundo social, que le será reconocida como fruto de su esfuerzo. Así, las personas pensadas como individux, no sólo son responsables de su valor como capital a mejorar y poner en juego dentro de la lógica del mercado, sino también son responsables únicos en caso de no poder colocarse en tal situación, es decir de fracasar en ese imperativo de alcanzar una vida exitosa desde los parámetros de la productividad y el consumo que se encuentra vigente en las sociedades actuales.

Esto es lo que Robert Castel (2003) denomina una *sociedad de individuos*, en ella lxs sujetxs dejan de ser valoradx por las identificaciones colectivas a las que pertenecen (trabajadorxs de tal empresa, sindicato, familia) y se lxs empuja a la exaltación de su individualidad, se lxs invita a ser *empresario de sí mismo*. Tienen autonomía para decidir fuera de las redes que antes lxs aseguraban y contenían, pero deben hacerse cargo por sí mismxs de su existencia. El problema es que asegurarse, en estas sociedades, significa ser propietarix ya que es la propiedad privada la que permite protegerse de los riesgos de la vida social, como base sobre la que se erige la independencia social. Entonces, ante las crisis del pleno empleo, en el que podía asegurarse la inserción al mercado laboral de la mayoría de las personas ¿qué sucede con aquellxs que no pueden responsabilizarse de su trayectoria por los infortunios de las estructuras económicas y el mercado de trabajo? Pero el problema hoy no es solamente el desempleo, sino las formas de flexibilización del trabajo que carecen de un sistema de protección tradicional, empujando a lxs sujetxs al empobrecimiento. Esto no es un fenómeno de los márgenes, sino que es un proceso central que implica un déficit de lugares ocupables en la sociedad en el sentido de inserción y reconocimiento y que instala con ello lo aleatorio, es decir, la ocupación intermitente pasa a ser la condición permanente que afecta a las personas.

En línea con esto, en los años 90 asistimos a un corrimiento en la problematización de la *cuestión social*, de la órbita del trabajo se desplazó a la órbita de la pobreza. Como señala José Giavedoni (2012), nombrar un problema de una manera específica forma parte de la *racionalidad política*, es decir, de la construcción de ese problema de acuerdo a determinado orden de verdad. Se construye el problema de una manera y con ello, sus posibilidades de abordaje, la relación que habrá con dichos problemas y las intervenciones posibles sobre éste. Entonces, para una problematización construida en términos de trabajo, las soluciones vendrían otorgadas principalmente por la intervención en el mercado laboral, para un problema en términos de pobreza la solución viene dada por políticas asistenciales. En esta retórica confluyen, no sólo la caída de la sociedad salarial que -como bien señala Castel- nos indica que el trabajo como gran ordenador e integrador de la vida social pierde centralidad, sino también los discursos dados por los referentes obligados sobre este tema: Organismos Internacionales, medios de comunicación, Estados, etc. Asimismo, se “fabrican” lxs sujetxs que requieren dichas intervenciones, que padecen esos problemas. Así es que la pobreza se instala como una realidad “natural” del mundo social en el que vivimos y se generan sobre ella múltiples intervenciones, mediciones, investigaciones, incluso sobre lxs sujetxs que la padecen, respecto a sus “necesidades”, etc. Esta tendencia a la naturalización y esencialización de algunas categorías implica también su despolitización, pues la mayoría de lxs “pobres” son principalmente trabajadorxs precarizadxs, de medio tiempo, explotadxs, desocupadxs, etc.

Es importante entender la conformación de la subjetividad en el neoliberalismo como forma de vida, ya que es parte de una trama discursiva que nos constituye en tanto sujetxs sociales que se producen junto a otrxs y como sujetxs de derecho. En diálogo con ello, podemos decir junto a Félix Guattari y Suely Rolnik (2013) que la subjetividad es un producto que se consume, como cualquier otro producto o valor social. Lxs sujetxs somos *terminales*⁷ dentro de esa red. Esas subjetividades, como dijimos, son producidas como un valor más dentro de la producción social y material de la vida en sociedad.

El capitalismo, en su fase neoliberal produce categorías de identificación que adquieren legitimidad en el cuerpo social y a través de ella se imponen los términos en que esas identificaciones y subjetividades se harán cuerpo, serán consumidas. Se generan jerarquizaciones, rangos de valor social para cada unx de lxs sujetxs que habitamos el mundo social según parámetros construidos imaginariamente, que se relacionan a la pertenencia social vía consumo, esfuerzo, capacidades singulares de pertenecer, formación, etc. Estas categorizaciones de este modo, forman parte de una visión naturalizada del mundo social. Vemos entonces como se despliegan mecanismos de individualización y singularización, a través de los cuales lxs sujetxs son valorados o pierden valor, produciendo discriminación, estigmatización e inferiorización.

Las identificaciones que funcionaban para la sociedad salarial en presencia de un Estado Benefactor, aparecen cada vez más fragmentadas y diluidas, con lo que cabe preguntarnos por la efectividad del neoliberalismo para formular nuevas y distintas que, entendemos, cobran fuerza

⁷ Como un punto o nodo final en una red de interacciones previamente formulada.

dado su poder imperceptible para hacerse cuerpo en lxs sujetxs, a la vez que el capitalismo como sistema y modo de vida aparece cada vez más como “lo único posible”. Esto se despliega en todos los órdenes de la vida social, gestionando modos de vida junto a esas propuestas de sujetxs, como así también alcanza a la capacidad de afectarse, de vincularse, de hacer lazo social.

En los años que realizamos nuestra inserción como practicantes en los efectores de salud, asistimos a un proceso conocido como “restauración neoliberal” que, posterior a la profundización en la conquista de derechos ciudadanos en nuestro país, se instala finalmente en el año 2015 de la mano de la Alianza Cambiemos. Vale aclarar, que esta oleada de las derechas económicas venía instalándose en toda la región que conforma América Latina. Es decir, no es un proceso exclusivo de nuestro país sino que se encuentra enmarcado en un intento de embestida de las derechas en el cono Sur. La ofensiva neoliberal gana la escena, haciendo aún más visibles los *discursos de odio* que circulan como parte de jerarquizaciones hegemónicas en nuestra sociedad. Estos, serán entendidos como formas de expresión que propagan o incitan la intolerancia y el odio hacia ciertos grupos sociales, no inculcando a las personas específicas, sino más bien a un colectivo al que se le atribuyen determinados rasgos y se culpabiliza de determinados males sociales por la sola pertenencia a determinada población (Cortina, 2017). Es decir, si bien estos discursos se dirigen a determinadas personas, lo hacen como parte de poblaciones específicas a las que se miran con desprecio.

Resumiendo, los relatos que aquí se ponen en juego buscan generar un interrogante acerca de las condiciones en que emergen los discursos sobre lxs otrxs y en cómo se despliegan en la interacción concreta en las organizaciones de salud, como espacio institucional orientado a garantizar el acceso a la salud. Narrar lo dicho, nos permitirá encontrar o desentramar los códigos culturales a los que refieren e interpretarlos en relación a lo teórico, en tanto lente a través del cual reflexionar sobre la práctica. Al decir de Biglia y Bonet (2009, p. 10) “(...) en nuestras propuestas no queremos narrar las “historias de otras” sino, narrativizar el diálogo que se ha producido en nuestras intersecciones y, favorecer que las narrativas propuestas puedan ser transformadas y/o subvertidas por otras subjetividades y colectividades.”

Las prácticas discursivas que designan al otrxs y que generan, en ese juego, procesos de identificación social, son dinámicas y producen “efectos de frontera”, es decir, se necesita de un “afuera” para consolidar la identidad propia (Hall, 2003). Estas se encuentran sujetas, como todo fenómeno social, a los condicionamientos y posibilidades de emergencia de la época y el lugar en donde son desplegadas. Analizarlas situadas, es decir, en el ámbito específico institucional y político de su emergencia o despliegue, nos permite preguntarnos por las modalidades de poder que plasman y por la sutura que generan, como así también sobre la identidad a la que se refieren que, como dijimos, se dan en un proceso que se realiza siempre en relación a una diferencia con “lxs otrxs”, lo que no es propio, lo ajeno, el afuera constitutivo.

Relatos

1.

El crack de la puerta de aluminio -que por disposición de algún distraído abría al revés y forzaba así encuentros incómodos en el pasillo que conecta el SUM con el resto de la salita-, seguidamente el sonido de sus pasos enojados, la voz de trueno: como la de alguien que parece siempre enojado con la existencia misma, con la permanencia de la vida de los demás. Entró gritando, esto ya era una costumbre y dirigiéndose a una de las residentes más nuevas dijo en un tono que parecía amigable: - era un minutito nomás esto del implante, y ¡apenas si te deja marca! El resto de los profesionales se acercaron a mirar el brazo de la residente, ahora en rol de paciente y todos coincidieron en lo espléndido de la aplicación del dispositivo, su conveniencia, la perdurabilidad en el tiempo.

- Claro, por tres años te olvidas de los hijos, exclaman entre risas.

- Esto en un privado te sale cinco o seis lucas, exclama otra. Nuevamente la voz de trueno: -deberíamos hacerles saber a éstas cuánto gasta el Estado en que ellas no tengan más críos.

“Éstas”, “yo no les digo que el implante se lo pueden sacar cuando quieran. Sino al mes ya te vienen que quieren otro pibe. Les digo que dura tres años”, “salen con un tipo nuevo y enseguida vienen embarazadas”, son algunas de las expresiones recogidas en la práctica. En primer lugar nos encontramos con la consideración de *la mujer* de las clases populares, cuya rol natural pareciera ser el de la maternidad, que a su vez es mostrado como única responsabilidad aparente de estas mujeres. Esto es dicho desde un lugar moralizante: estas mujeres -a los ojos de lxs trabajadorxs- no cumplen bien ese rol por vivir en la pobreza. Se les demanda mayores tareas de cuidado, a la vez que se las desprecia por “no saber” cumplirlo. Asimismo en los efectores de salud observamos que hay una prevalencia muy importante de las mujeres en el tránsito por dichos CS. Es decir, son las mujeres en su rol de madres, tías, acompañantes, amigas o vecinas las que se acercan mayoritariamente en busca de ayuda para ellas y sus allegados. Si bien, en este trabajo no profundizaremos en las líneas teóricas que analizan específicamente la cuestión de género y pobreza, entendemos que es un eje transversal y que ilumina la caja de herramientas que aquí intentamos utilizar. Abordaremos más profundamente este punto al final de este capítulo, atendiendo a esa transversalidad.

En la segunda parte del relato podemos ver cómo se pone en juego una clasificación discriminatoria del merecimiento. En este sentido, muchas veces, a la hora del diseño de las estrategias de salud, hemos oído cómo se compromete una valorización del usuarix en relación con esto. Parece esconderse bajo estas clasificaciones lo que Robert Castel explica que se instala con una “visión cristiana acerca de la pobreza” que, limosna mediante, incorpora a los pobres como una categoría importante en la cosmovisión del mundo en tanto permite a lxs otrxs ejercer la dicha de la caridad, y así salvarse. Esto nos conduce a que quien padece la pobreza debe soportarla estoicamente, ser humilde y paciente. Si bien hoy no prevalece el peso de la visión religiosa como tal, sí hay elementos que aún persisten en la visión hegemónica que se tiene de la pobreza, aún laicizada, *imaginarios* que quedan instalados en el cuerpo social. Llevar ese infortunio de manera “digna” implica ser limpix, educadx y no rebelarse contra ese orden de cosas, para no ser sospechadx de “mal pobre”. Asimismo, creemos que a esta situación hoy se le suma que prevalece un *imaginario* que indica que quien vive en la pobreza siempre es susceptible de ser sospechadx de “no querer trabajar” o de “vivir de la teta del Estado”⁸, es decir, la idea de que “son válidos para el trabajo, pero no lo hacen”.

Lo que deja verse es el ideario de que, hay personas que no se esfuerzan lo suficiente para hallar ese lugar en la estructura social y, además de eso, dañan para sí y para los demás no solo el valor intrínseco del trabajo, sino también el de los recursos del Estado. Este discurso deja por fuera de consideración, como dijimos anteriormente, que la mayoría de las personas que se acercan a los efectores de salud trabajan de formas precarizadas, ilegales, irregulares, etc. y que, aun así, esto no les alcanza para la supervivencia. También resulta importante poner en discusión el hecho de que estos discursos de odio ponen en tela de juicio el derecho de las personas a vivir dignamente, pero no lo hacen por la consideración de lo valioso de los recursos estatales, sino más bien por una

⁸ Expresiones recogidas en los CS.

noción implícita de justicia y mérito, en ese sentido pareciera primar una intención por hacerles saber que “son un gasto” que la sociedad asume por ellxs.

No consideran semejantes a aquellxs que no pueden vivir según el “fruto de su esfuerzo” y, en consecuencia, no es justo para la sociedad ni para ellxs mismxs “sostener a estos vagos”. Ligado a esto, en pleno macrismo, hemos observado situaciones en las que se pedía a la TS del lugar que emitiera un papel, una especie de certificado que corrobore la situación de necesidad, para poder así acceder a retirar la comida en los comedores del barrio que, por su parte, no daban abasto y encontraban en esto un filtro para poder tomar las demandas. Puede verse, en estas situaciones, un paralelismo con la emisión de certificados de pobreza de antaño, en que se solicitaba que el personal estuviese “capacitadx” para evaluar tal situación.

2.

Tres noches. Tres noches enteras que Vale no duerme nada. Lloro tanto que se aboga. La muevo, la cargo, la acurruco y nada. Lloro, tampoco quiere teta. No quiero hacer mucho ruido, salgo del cuarto y trato de calmarla. Pero nada. No quiero que Juan se despierte enojado otra vez. Yo sé que tiene que madrugar para ir a la obra, pero no sé qué más hacer con la beba. Ya fui a la salita dos veces y me dicen que no van a dar turnos hasta la semana que viene. “El lunes pasado tenías que venir” me dice la señora de la recepción. Ya sé, pero ahí Vale estaba bien y esa noche había llovido sin parar: la casa estaba mojada y yo no quise ensuciar las únicas zapas que me quedan. Es que desde que mamá se fue no alcanza para nada. Y sí, Vale estaba bien. Sonreía y todo. Ahora llora mucho. Yo a veces lloro con ella, pero eso no se lo digo.

Esta mañana fui de nuevo, me atendió la señora rubia que siempre me mira como si yo no existiera. No sé porque le caigo tan mal. Me dijo de nuevo que no hay turnos, pero ya que estaba también le pedí la tarjeta para el bondi. A ver si una de estas mañanas me llego al centro a terminar los trámites para la asignación. Me dijeron que no es mucho, pero en una de esas después de pagarle a Marta del almacén me queda algo y le compro un vestidito a la beba, de verano, para el cumple de la Juli.

Ab, le digo y ya que estoy me dijo Clara, la asistente, que podía usar una tarjeta de acá para ir hasta el ANSES, le explico. Viste que son dos colectivos de casa y está... Caro iba a decirle, pero ella me interrumpe: - “¿La tarjeta? - Qué lindo te queda ese cambio de look, estás más rubia” me dice apuntando con el mentón hacia el hombro mientras resopla por la nariz y niega con la cabeza. - “Volvé cuando esté Clara, acá no hay más tarjetas” sentencia. Qué iba a explicarle, que mi vecina la Romi está estudiando peluquería en uno de esos cursitos de la muni. Y que en una de esas mañanas que me escuchó llorar, se vino hasta casa y me propuso teñirme. Fuimos juntas hasta la farmacia de la avenida a elegir el color. “Así te ves más linda y arrancás nena”. Que soy joven para llorar tanto, me dice. Me invitó al curso también, que no es mucha plata la beca pero que aprendes un oficio y que las chicas son piolas. “Te va a venir bien salir un poco de acá” me dice. Le explique que con la beba no puedo, mamá ya no está y no tengo con quien dejarla. Mientras me tomaba el color, arrimé el mate y unos buñuelos que copié de mamá y aunque no me salen como a ella, se dejaban comer. Le cuento que no hay turnos, y que ya no sé qué hacer con Vale. Que necesito que la vean, que la Vivi ya le curó el empacho y nada. “No te preocupes, me dice. Insistí en la salita, pero andá a la tarde. La Jose que atiende en ese horario es divina. Yo te acompaño, si querés”. Voy a probar mañana, capaz que ella no me mire con ojos de rabia. Y así capaz, uno de estos días también llego al centro.

“Tienen zapatillas nuevas, pero vienen acá a pedir dos chapas”, “¿Otra vez fulana vino a pedir la leche?”, “Hasta les dan de comer ustedes -en referencia a la TS y nosotrxs-. A mí no me toman así de boluda”. En línea con lo anterior señalaremos, primero, que hay trabajadorxs que se encuentran en una posición moralizante sobre lxs usuarixs y que, además de expresar esta sospecha de no ser “merecedxr” de los recursos del Estado, despliegan otras ideas en torno al consumo de las clases populares. Otro de los puntos de la naturalización de lo social en el neoliberalismo es la noción de que el mercado es presentado como igualador social y las pautas de consumo parecen indicarnos algo acerca de la identidad de las personas. El consumo y las pautas cibernéticas ligadas a él, fruto de la globalización, imponen una naturalización del ideario de que “todxs acceden a todo” mediante internet, cuando bajo esa idea de igualdad puede esconderse el hecho desigual de que no todxs pueden comprar aquello que desean. Lo que se iguala, en todo caso, es la posibilidad de desear: desear consumir, desear participar de ese mercado como forma de pertenecer a la sociedad (Valencia, 2010).

Vivimos en *sociedades hiper consumistas*, que instalan constantemente necesidades de consumo. Al borrar las fronteras físicas mediante acceso a lo cibernético, el neoliberalismo globalizado logra instalar la idea de que podemos acceder a todo sin importar dónde estemos y, a su vez, de que todxs podemos hacerlo. Sólo basta con un click. La pertenencia a esa cultura hiperconsumista formula, de alguna manera, otro parámetro, es decir unx logra identificarse con aquellxs cuyas pautas de consumo resultan familiares y, en consecuencia, los consumos de otrxs son juzgados en una escala de valoración social. El consumo, aparece entonces como un eje de inserción o pertenencia en la vida social, por el cual los parámetros de consumo se presentan como las bases para interpretar la realidad influyendo en la interacción entre las personas, haciendo que incluso lxs pobres participen de los valores consumistas generalizados por la clase media, como por ejemplo la exaltación de la personalidad y la realización individual ocultando con ello, un proceso de violencia intrínseca a la instalación del consumo como forma de socialización predilecta (Valencia, 2010).

Actualmente, esto se conjuga con un discurso moralizante que propone que lxs pobres no pueden consumir bienes suntuarios. Sólo deben atenerse a los consumos de supervivencia, artículos de limpieza y para el hogar y nunca al gasto en disfrute y ocio. Este discurso propio de las últimas décadas, que Álvarez Leguizamón (2005) define como *minimista*, está sustentado por la creación de conceptos como el de *necesidades básicas insatisfechas*, *mínimos biológicos*, *umbrales de ciudadanía*, entre otros. Este discurso “(...) remite a una nueva utopía, aquella que promueve una sociedad donde el creciente número de pobres y excluidos debe tender sólo a mínimos” (Álvarez Leguizamón, 2005, p.240). La autora se refiere a la *focopolítica* como el proceso por el cual se instaura, en tanto forma de gobierno promovida por los organismos internacionales, la idea de mínimos vitales de supervivencia. Consideramos que la extensión de estos conceptos a la sociedad, vía medios de comunicación, hacen mella en este ideario por el cual se difunde que lxs pobres, o sujetxs empobrecidxs, sólo deben atenerse a lo mínimo e indispensable.

Es habitual escuchar, dentro y fuera de los efectores de salud, referencias a que, con el dinero de la AUH o la TUC, sólo deben comprarse alimentos tales como arroz, fideos, lavandina y nunca postres, chocolates o cualquier consumo que asociemos a un “lujo”. ¿Es que estos productos no son concebidos como parte del bienestar de las personas y sus familias? ¿O es que sólo la clase media tiene derecho a vivir bien? Este lugar moralizante, vemos cómo se agudiza y se hace más tangible cuando, quien ejerce este juicio de valor, es quien a la vez debe habilitar un turno, una atención o procedimiento en una organización de salud, vale preguntarse aquí: ¿esta visión tiene peso a la hora de conceder o habilitar un turno para acceder a un derecho humano como lo es la salud? ¿Hasta qué punto pesa esta visión en las personas a la hora de solicitar el ejercicio de su derecho? La asistencia y la atención parecen quedar así reservadas para quienes demuestren no pretender disfrutar de los mismos bienes de consumo que disfrutaban quienes lxs atienden, quienes sí “se lo merecen por ganárselo con su esfuerzo” según el relato neoliberal. Hay un distanciamiento claro que se construye sobre estas pautas de consumo que, además, pareciera demostrar lo juicioso del gasto, la tenencia del derecho al disfrute y también la lejanía que permite juzgar a quien no logra participar de esa implícita norma social.

Por último queremos señalar que, establecer un distanciamiento, muchas veces implica una superioridad para la cual el discurso funciona como sostén de tal posición de seguridad en el mundo social, seguridad que por lo demás sitúa a lxs otrxs en un polo desfavorecido y según una identidad inferiorizada. Esta jerarquización, también es construida social y políticamente, pero es a través de los discursos que circulan de manera hegemónica que se transforman en algo natural de la vida en sociedad. Podemos decir entonces, que es a través de estos mecanismos que aceptamos sin más que hay polos, estratos sociales o clases que tienen su lugar en la estructura social, sin miramientos ni cuestionamientos al respecto.

3.

El ¡Bienveniiiida! cargado de una ironía que pretendía ser jocosa o divertida, pero que se quedaba por el camino, retumbó en la habitación pequeña, apretada entre mesas, sillas y estantes con historias clínicas. – “¿Cómo te fue che? ¿Aprovechaste la licencia?”

Cerrando la puerta tras de sí, con el cuerpo encorvado de pesadez, la doctora contestó: - “no, sigo para la mierda. Tendría que haber empezado el tratamiento mucho antes. Pero bueno ¡ya está!”

- “Es el estrés nena, el estrés”.

- “Si, y con estos pacientitos ¡¿que querés?! Yo hoy, para empezar bien el día, tengo a este chiquito que vive abí en las casillas del fondo. Seguro me viene con la madre, todo mugriento, lleno de sarpullido y lastimado porque no sé con qué juega o qué. Ni lo cuida...o viene al borde de la desnutrición. Una de dos”.

- “¡Ab! pero para los celulares si tienen ehh, ja!”

- “¡Ni me digas! Ya me pongo de mal humor...siempre al límite esta gente, siempre al límite”.

Malestar físico, estrés, una expectativa negativa, un saber con carácter determinante y definitivo relacionado a quién es lx otrx usuarix y en qué condiciones llegará a la consulta. Todos estos elementos conjugados ¿limitan el encuentro entre trabajadorxs y usuarixs? ¿Qué posibilidades de establecer un vínculo según lo plantea la noción de Clínica Ampliada existen? ¿Cómo será el tipo de atención que se producirá? ¿Qué nivel de responsabilización por la atención existe? Hay varias cuestiones que pueden tenerse en cuenta, no para dar respuestas a esos interrogantes, sino para impulsar la reflexión problematizando el presente.

En primer lugar, la figura de la trabajadora retratada en la gestualidad y situación de salud de la médica. Hay un malestar que se expresa físicamente incluso, relacionado directamente al trabajo y, más específicamente a lxs usuarixs, a las personas con quien se trabaja. Nos hemos referido anteriormente a un desgaste, que acompaña a lxs trabajadorxs de la salud en la cotidianeidad de su práctica relacionado a las condiciones en que trabajan, tales como falta de recursos, tanto humanos como materiales, sobrecarga de trabajo por exceso de demanda, características edilicias de los CS, entre otras que se encuentran arraigadas al funcionamiento de lo público, esa característica de las instituciones estatales, vaciadas y estalladas al decir de Ana María Fernández (1993). Es su funcionamiento precario, en sentido material, lo que también arrasa a lxs trabajadorxs en lo subjetivo, alejándose del sentido de su trabajo, del *para qué* de su práctica. Las instituciones, dice la autora, “presentan una suerte de *desfondamiento institucional* que es difícil de teorizar. Con respecto al espacio público, al vaciamiento económico de las políticas neoliberales, se suma un *vaciamiento de sentido* que ha ido operando en paralelo (más allá del esfuerzo cotidiano de los actores institucionales que trabajan como pueden con las limitaciones de todo tipo que deben enfrentar)” (Fernández, 1993, p.16). Cabe la pregunta, aunque no sea específica del interés de este trabajo, sobre este tipo de funcionamiento precario de la política de salud manifestado en las organizaciones como un error a corregir, o como un instituido por parte de los organismos superiores de gestión, como por ejemplo la Secretaría de Salud en el caso de los CS.

Es indispensable para el análisis tener en cuenta este aspecto, porque este desgaste está ligado, entendemos, a lo que sucede luego en el vínculo, o su falta, con lxs usuarixs, esxs otrxs, diferentes y difíciles de alojar. Al hablar de vínculo en el trabajo en salud nos referimos al concepto planteado por Sousa Campos, relacionado a su vez con el de *alienación*. El autor plantea que los *actos vaciados de sentido* a los que se ven arrojados lxs trabajadorxs de salud producto de un trabajo mecanizado y parcelar, al que se le suman las condiciones precarias de trabajo, producen un alejamiento del trabajador con su Obra⁹ y esto no es otra cosa que la alienación. “Trabajar años y años en situaciones donde la propia organización del proceso de trabajo impide o dificulta el ejercicio efectivo de la clínica significa producir trabajo y trabajadores alienados y falta de compromiso” (Sousa Campos, 1997, p.5). Desde el análisis institucional, podríamos hablar aquí de sobreimplica-

⁹ “Por Obra se entiende aquí el reconocimiento, tanto por parte del trabajador como del paciente y de la sociedad, del resultado del trabajo” (Sousa Campos, 1997, p.4).

ción, es decir de la adhesión o identificación casi mecánica a la institución, perdiendo de vista en qué punto los intereses de lxs trabajadorxs son contrapuestos a los de, en este caso, la institución salud. Estos no pueden hacer consciente su implicación, entendida como la relación que tienen con lo institucional, con sus reglas, técnicas, con lo que es posible y lo que no, aquello que conforma la vida institucional y requiere de una toma de postura de lxs trabajadorxs. Diríamos junto a Ana María Fernández y otros (2014), que la política del sobretrabajo empuja o predispone a lxs trabajadorxs a esta situación de sobreimplicación.

Un elemento importante para lograr la desalienación es recuperar, en el proceso de trabajo, una práctica clínica que se base en el vínculo. Esto, nos lleva a otro elemento que se deja ver en este relato, el malestar de trabajar con lxs usuarixs, específicamente con esas personas pertenecientes a una clase social pobre o empobrecida, que son ubicadxs en los márgenes y a quienes difícilmente se les otorga reconocimiento como semejante (Frigerio, 2004). ¿Qué vínculo posible existe teniendo esto en cuenta? “*Este chiquito que vive ahí en las casillas del fondo*” y su madre quien seguramente no cumple su rol “correctamente”, o como debiera, según los parámetros sociales y, por cierto patriarcales, son ajenxs a lxs trabajadorxs. Aquí se ponen en juego, al menos, tres cuestiones para desentramar cómo y qué *representaciones sociales* se construyen en torno a lxs usuarixs. En primer lugar, una de las funciones de las representaciones es que “el agente perciba su realidad como algo dado, *normal o natural*, en un proceso en el que el sistema de códigos sociales llega a formar parte de sus representaciones” (Piñero Ramírez, 2008, p.13). De esta manera, se naturaliza que las personas que asisten al CS vivan en condiciones insalubres, precarias, que rozan lo inhumano muchas veces y, al mismo tiempo, se las responsabiliza de los efectos que producen esas condiciones de vida (“(...) sino viene al borde de la desnutrición. Una de dos.”). Esta responsabilización viene sostenida por lo mencionado en torno a la potencia del discurso neoliberal y su capacidad efectiva de construir cierto tipo de sociedad, en donde prevalece un modelo de integración, al decir de Melisa Campana (2014), en el que son las personas las únicas responsables de sus trayectorias y de su *independencia social* (Castel, 2003) y, a su vez, se naturaliza la desigualdad como algo inherente al funcionamiento social.

En segundo lugar, cabe destacar una vez más la figura de la mujer. Es la madre quien irá a la consulta con su niñx y es ella quien “no lx cuida”. Resuenan, una vez más, los interrogantes en torno a la cuestión de género siempre presente, pero pensando específicamente en relación con los abordajes en salud ¿se toman en consideración las desigualdades de género en relación a las tareas de cuidado?

Por último la evidente fuerza que tiene el discurso médico hegemónico. En el relato es una médica quien despliega dicho discurso y es tan efectivo que quien lo pronuncia no es capaz de percibir su propio padecimiento de salud, pero puede sin inconvenientes señalar a quienes están siempre “al límite”, llegando a destiempo de las expectativas de lxs trabajadorxs, desobedientes de su rol de pacientes, siempre al borde de todo, incluso al margen de una atención adecuada, humanizada de salud. Esa superioridad del saber médico, biologicista y clasista, desentendido de las condiciones sociales que conforman los procesos de salud enfermedad, se expresa en estos discursos

que brindan pocas opciones para que lxs usuarixs no sean “malxs pacientes”. Al respecto Sousa Campos sugiere que: “hay que buscar en la formación médica, en el imaginario de las camadas sociales a que pertenecen los profesionales de salud y, en particular, en la cultura predominante en cada institución, las referencias utilizadas por los profesionales para representar a sus pacientes” (Sousa Campos, 1997, p.11).

Recapitulando, a través de estos relatos problematizamos, en pos de desnaturalizar, las representaciones que en el ámbito institucional de los CS se han puesto en juego en relación a lxs usuarixs, guiadas por el interrogante sobre los efectos que éstos tienen en la atención en salud, alejándonos sin embargo de las visiones que buscan “darles” voz a lxs menos favorecidxs. Para ello reconocemos diversos elementos que, en los discursos, se dejan entrever y que refieren a códigos socio-culturales arraigados en la sociedad en la que vivimos. Como dijimos, las estructuras discursivas del relato neoliberal requieren un cuestionamiento hacia adentro de nuestra profesión para pensar las categorías en las que se sostienen las desigualdades como naturales, como así también para pensarnos junto a otrxs en nuestras intervenciones como futuras profesionales.

Dicho esto, a las categorizaciones ya enumeradas acerca del merecimiento, consumo y sus variantes hacia dentro del MMH, agregaremos otros puntos que atraviesan los relatos y que, por ocupar un espacio de prevalencia en los tres, decidimos ubicar aquí.

El primero, es el que se refiere a las personas empobrecidas como causa de los males sociales. A la vez que se naturaliza la existencia de poblaciones que viven por “debajo de los mínimos” y, ligado a la cuestión del merecimiento, nos encontramos con que se desplaza todo un imaginario social en relación con la peligrosidad, el riesgo y la amenaza. Es decir, esx otrx al que temerle aparece en los márgenes, en los barrios con casas precarias, en las afueras de las ciudades, como jóvenes sin trabajo que deambulan por el centro de la ciudad con sus gorras, o mujeres con niñxs vendiendo pañuelos para sobrevivir:

“La escenificación de la situación de los suburbios pobres como abscesos donde está fijada la inseguridad, a la cual colaboran el poder político, los medios y una amplia parte de la opinión pública, es de alguna manera el retorno de las clases peligrosas, es decir, la cristalización en grupos particulares, situados en los márgenes, de todas las amenazas que entraña en sí una sociedad” (Castel, 2004).

Adela Cortina (2017), por su parte acuña el término *aporofobia*, para señalar la fobia, rechazo y odio a lxs pobres por parte de los sectores más favorecidos. La autora, además de señalar la diferencia del término con las cuestiones de raza, pertenencia religiosa o país de procedencia, nos dice que implica la aversión, el desprecio a quien, por vivir en la pobreza, no tiene nada que devolver a la sociedad, pensándola en términos de intercambio de mercado. Esto motiva y promueve actos de

desprecio y estigmatización, como así también discursos de odio que están presentes en todos los ámbitos sociales y que, entre otras cosas, ubican a esos colectivos desfavorecidos como depositarios de la responsabilidad de los males que nos aquejan colectivamente como sociedad.

Otro punto elemental que aparece en todos los relatos, es el lugar de las mujeres como principal sostén de las tareas de cuidado. La sobrecarga de las tareas familiares y domésticas que, en ocasiones deben conjugar con trabajos remunerados, genera dobles jornadas laborales que recaen sobre las mujeres de la familia. Como hemos mencionado, son ellas las que más circulan por los efectores de salud con hijxs, sobrinxs, nietxs, padres, madres o personas mayores. Son por esto mismo quienes están siempre en la mira, depositarias de discursos cargados de representaciones negativas en torno a cómo cumplen ese rol asignado social y culturalmente, asumido como natural y desde un lugar moralizante, guiado a su vez por una visión socialmente construida de lo que es ser “buena madre”.

Irma Arriagada (2007) sugiere que son las madres reales o potenciales, todas las mujeres las que cargamos la expectativa social y cultural de conjugar las tareas de cuidado de lo doméstico con la participación en el mercado laboral. Es decir, persisten en América Latina las desigualdades en materia de cuidado, los varones no participan del trabajo de la reproducción doméstica generando una sobrecarga sobre las mujeres. Esto además debe ser considerado teniendo en cuenta que la población que asiste a los efectores de salud es, en su mayoría, pobre:

“En América Latina, las enormes desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual del cuidado familiar y social, lo cual conforma un verdadero círculo vicioso. Quienes tienen más recursos disponen de un mayor acceso a cuidados de calidad en situación de tener miembros del hogar que cuidar. Aquellos que disponen de menores recursos para acceder a los mercados mercantiles y que tienen más cargas de cuidado acumulan desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por las dificultades en el acceso a los escasos servicios públicos...” (Arriagada, 2007, p. 17).

Para reforzar esta idea, queremos señalar junto a Monique Witting (2006) que los discursos que pesan sobre las mujeres tienen efectos normativos de poder que no son abstractos, sino que más bien configuran las posibilidades de insertarnos en el mundo social de una manera ya delimitada, que se corresponde con el pensamiento heterosexual en tanto ideas y normas preconcebidas. Sobre este pensamiento se erige lo que la autora llama el *contrato heterosexual* que implica que, mediante la aceptación implícita de esta normatividad, se nos permite vivir en sociedad, ya que nos afecta y oprime en nuestros modos de vida, acciones y percepciones. Escapar de ellas significa entonces, rechazar su orden simbólico, rechazar los sentidos presentados como únicos y, por lo tanto, rechazar la pertenencia a todas las pertenencias que nos contenían. El lenguaje entonces, es polí-

tico en tanto atañe a las personas y su subjetividad, cómo así también su relación con la sociedad.

Estos son los elementos que, como interrogación y de manera inicial, debemos tomar en cuenta para analizar lo *simbólico imaginario* de los efectores de salud, pero también para comprender su conformación grupal como aquello por lo que, lo político se imprime como texto de tal formación. Las *representaciones sociales e imaginarios* son clave en la formación de identidades sociales por las que lxs trabajadorxs de salud, en este caso, tomen distancia, se diferencien y asuman como ajenas las características que señalan en esx otrx, buscando así cerrar un proceso de sutura de su propia identidad. Si bien, en las instituciones de salud se otorga reconocimiento al otrx ya que, como dijimos, forma parte de la práctica social que implica la salud municipal, entendemos que muchas veces el contrapunto de los lineamientos y la racionalidad de la política de la *clínica ampliada*, APS, etc. son las representaciones sociales que sostienen un imaginario sobre lx otrx, donde no se le reconoce como semejante, como interlocutorx válidx, como ciudadanx.

III Reflexiones finales

“Una sucesión de Otros empobrecidos, robados, asesinados o desaparecidos, hasta que lo oculto, lo negado, comenzó a hacerse visible.”
(María Teresa Andruetto, 2021)

“*Mirar hasta ver*. No se trata de lo nuevo, sino de lo antiguo, de lo que siempre estuvo ahí, esperando ser visto. Tal vez por eso, tenemos la impresión de habitar en un laboratorio de revelado fotográfico -un laboratorio a la antigua- en el que, bajo ciertas combinaciones, compuestos y acciones, comienza un proceso de visibilización, donde todo parece nacer otra vez, de modo nuevo y con un sentido distinto.”
(María Teresa Andruetto, 2021)

Las indagaciones plasmadas en este TIF, intentan reflejar los cuestionamientos que nos generó el encontrarnos con las disputas dadas al interior de los CS. Comenzar a desandar esos interrogantes en conjunto con nuestrxs tutorxs, compañerxs y directorxs nos proveyó de nuevas preguntas que se fueron moldeando alrededor de la importancia que tomaban, en la práctica, los elementos discursivos que allí se ponen en juego y que, durante nuestro trayecto académico, no habíamos mirado a la luz de estos conceptos. Es así que el desarrollo de este trabajo y el subyacente análisis sobre las representaciones sociales en torno a lxs usuarixs, estuvo guiado por dos cuestiones. En primer lugar, poder detectar las características de los procesos de atención de ambas organizaciones de salud y en segunda instancia y como resultado de lo anterior, deslindar la noción de sujetx que se pone en juego en estos procesos, teniendo en cuenta que los factores comunes que encontramos son los malestares que manifestaban lxs trabajadorxs de la salud para comunicarse, como así también el destrato que generaba su cansancio y hastío sobre lxs usuarixs.

Mediante la identificación y caracterización de las representaciones sociales al interior de discursos naturalizados y hegemónicos sobre lxs usuarixs, intentamos dilucidar si éstas influyen en el cumplimiento efectivo del derecho a la salud y de ser así, cómo lo hacen. Teniendo en cuenta que el lenguaje y su puesta en acto -la forma en que se nombra a lx otrx- moldean la manera de percibir, indagar acerca de cómo se nombra conlleva interpelar cómo se sostienen determinadas prácticas en ese ámbito institucional, simbólico e imaginario que conforman los CS.

A modo de síntesis podríamos señalar algunas características que identificamos en los procesos de atención, que los conforman y moldean generando ciertos efectos. Entonces, dichos procesos se caracterizan por abordajes fragmentados, en tanto obedecen a respuestas y visiones segmentadas de lxs trabajadorxs de la salud, sostenidos en una práctica pluridisciplinar, al decir de Vasconcelos, y no interdisciplinaria como lo indica la política de salud, en tanto no hay cooperación ni armado de estrategias en conjunto. Además, prevalecen las respuestas individualizadas y relacionadas al aspecto estrictamente biológico, conjugándose con una atención inmersa en un ritmo de trabajo marcado por la urgencia.

A su vez, los malestares hacia el interior de los equipos de salud -entre otras cosas-, dificultan y comprometen la generación de espacios de encuentro y vínculo con lxs usuarixs para la construcción conjunta de problemas y abordajes. Esto trae consigo la no contemplación de las singularidades de lxs usuarixs ni la visión acerca de su propia salud en el proceso de atención. La noción de territorialidad, propuesta por la política de salud, también se encuentra comprometida en tanto el territorio circundante a los CS es percibido como peligroso y amenazador, con lo que muchas veces la “salida al barrio” en aras de encontrarse con la población se ve dificultada.

Teniendo en cuenta entonces la configuración de los procesos de atención sobre estos elementos y la prevalencia de la visión del MMH, nos preguntamos ¿qué noción de sujetx se pone en juego? y ¿qué tipo de sujetx construyen las organizaciones de salud para sus atenciones?

Desde nuestra observación y a partir de los relatos aquí desplegados podemos decir que, en los discursos sobre lxs otrxs, emergen características que dan cuenta de una noción de sujetx determinada por la idea de pobre merecedorx, que tiene su contracara en la de “mal pobre”, el consumismo como sostén de pertenencia, lxs pobres como chivo expiatorio de los males de la sociedad sumado a las aún persistentes desigualdades en materia de género como eje transversal. Estas categorías aparecen devenidas o derivadas de la construcción del relato neoliberal y hechas cuerpo en lxs sujetxs. Este relato se conjuga en este campo con el saber médico hegemónico como discurso de verdad, que configura y ordena las prácticas en los efectores y la relación de lxs trabajadorxs con lxs usuarixs, pero también encuentra resistencia en otras prácticas subyacentes con las cuales se lucha por las definiciones de la salud como práctica social.

En esta trama emergen prejuicios y destratos que se consolidan como violencias institucionales que pesan sobre lxs sujetxs y que están sostenidas en estas representaciones de la otredad como amenaza. Lxs sujetxs de las intervenciones de salud se configuran entonces en una trama de múltiples líneas de inferiorización, como el empobrecimiento, la racialización, sexualización, desocupación, etc. que estructuran y sostienen discursivamente los destratos marcados por la hostilidad hacia lxs otrxs, hostilidad que fisura las prerrogativas políticas y legales, en tanto sujetx de derecho, sobre las que se piensa y formula la política de salud.

Observamos, junto a esto, que lxs trabajadorxs de la salud se ubican en un discurso hegemónico que subalterniza, discrimina y reniega de “lx otrx” en tanto usuarixs de los CS. En este juego discursivo, se configura al sujetx de la atención como un sujetx minorizado, necesitadx pero también inferior, ignorante y hasta monstruoso.

Intervención junto al otrx, con el otrx

Entonces, teniendo en cuenta que lxs sujetxs de la intervención muchas veces aparecen en los efectores de salud como una otredad amenazante, sujeta a las categorías desplegadas, nos preguntamos ¿es posible pensar otras maneras de trabajar con lx otrx en las organizaciones de salud? El reforzamiento de la visión de derechos, ¿puede conducirnos a otro ejercicio de las prácticas de salud en tanto práctica social?

El neoliberalismo como ethos, nos lega discursos que no sólo reniegan de ese otrx, sino que también nos infunden miedo. En otras palabras, nos atomiza y nos inscribe así en relatos de hostilidad, odio y temor. Las subjetividades se moldean en torno a la fragmentación, el individualismo, la no pertenencia. Estos son los elementos que, entendemos, aparecen invisibilizados en los discursos o, más bien, como tan obvios y naturalizados que no nos detenemos a desmenuzarlos. Entonces, lxs sujetxs forjadxs en el relato neoliberal donde se agudiza esta otredad como amenaza, se presentan como sujetxs inesperadxs que al estar conformadxs por la no pertenencia e inmersxs en una sociedad fragmentada, no caben ya en los moldes de las intervenciones institucionales y los dispositivos que allí se configuran. Intervenciones que, además, se dan en un marco institucional de trabajadorxs sobrepasadxs, desgastadxs, estalladxs, lo que dificulta aún más la posibilidad de alojar a esxs otrxs, porque lxs trabajadores también están desalojadxs del buen trato.

Si las formas de subjetivar han mutado, creemos que es necesario profundizar y actualizar nuestros análisis constantemente, para poder disputarle sentidos al relato neoliberal en tanto establece un modo de entendimiento de lxs otrxs de la intervención, para movernos así hacia nuevos escenarios y condiciones que posibiliten un encuentro que deje de demandar el ingreso en una moldería ya inexistente.

Dentro del acervo técnico operativo y entendiéndolo como conjugado con las dimensiones ético-políticas que ponemos en juego en nuestras intervenciones, queremos señalar la importancia de la palabra como elemento de índole cultural que se encuentra provisto de gran potencialidad. Cuando los recursos son escasos y prima el individualismo como ordenador del (des)encuentro con lxs otrxs, revivir la importancia de la palabra toma carácter de urgencia.

Como futuras trabajadoras sociales, pensamos que es un elemento con potencia cultural, potencia de encuentro. Intervenciones institucionales en las que la palabra, con todo lo que conlleva -la posibilidad de diálogo o no-, sea un eje sobre el cual pensar el sostenimiento de los equipos como grupos de trabajo, donde puedan ponerse en juego colectivamente los malestares que emergen, pero también y fundamentalmente donde pueda trabajarse la importancia de la participación de lxs otrxs como sujetxs de derecho, con autoridad legítima para tomar la palabra en sus propios padecimientos de salud y el abordaje sobre estos.

Teniendo en cuenta que, en lo observado y retomado de los discursos sobre lxs otrxs, está lejos de comprenderse a lxs sujetxs como sujetxs plenos de derechos, queremos recuperar la resonancia e importancia de ello, como disparador para reflexionar sobre nuestras prácticas profesionales. ¿Por qué es importante remarcar la noción de sujetx de derecho una vez más? ¿Qué significa el pleno acceso a un derecho? ¿Qué sucede con los derechos en plena era neoliberal? Además de la relevancia que posee la garantía efectiva del derecho a la salud como un bien común a todas las personas, nos interesa que ese cumplimiento esté ligado a prácticas en donde se pongan en juego el afecto y las *afectaciones* como acción conjunta, como posicionamiento político y profesional.

Generar, desde el Trabajo Social, otros significados sobre quiénes son esxs otrxs de la intervención, disputando sentido en las instituciones al discurso hegemónico de unx otrx como una versión deteriorada, haciendo hincapié en sus derechos y en su propia visión del mundo -que no

puede nunca ser entendida como ingenua, ni víctima, ni falta de conciencia- y cuáles son las prácticas y los procesos de atención necesarios y fundamentales para garantizar el pleno acceso a los mismos

Dicho esto, creemos que esta apuesta a pensar otras maneras de contarnos en nuestro trayecto académico va de la mano de una invitación a la construcción de sentidos otros, que intenten ser puntos de fuga para repensar nuestra labor profesional. Por ello, apelamos finalmente a la posibilidad de afectarnos colectivamente, para movilizar así las estructuras de sentido, que si bien parecen fijas, no son naturales ni están dadas de una vez y para siempre.

Entendemos al afecto, no sólo en lo que moviliza en términos emocionales, sino principalmente como la influencia que genera lo que acontece sobre el cuerpo y en cómo ponemos en juego esa corporalidad sensible en las prácticas sociales. Si bien, no podemos decir cómo generar afectaciones, creemos que tomar nota de ello, registrar la experiencia y lo sentido, en las instituciones, en los equipos de salud es importante para comenzar a indagar los instituidos, para desencializarlos y desnaturalizarlos. Movilizar lo que nos encontramos, cuestionarlo colectivamente para ir en búsqueda de nuevos discursos.

Las violencias institucionales que observamos en los efectores de salud, forman parte de un entramado de violencia más general que aparece totalmente arraigado y naturalizado. Las conquistas del relato neoliberal no se reducen a proponernos paquetes de vida individuales y anclados en la lógica del empresario de sí mismo, sino que su contracara es la hostilidad con la cual se mira a lxs otrxs, haciendo que no sean sujetxs a lxs cuales apelar, sujetxs válidxs como semejantes. Es así que nos aislamos cada vez más o eliminamos la posibilidad de que lxs otrxs se pronuncien, digan, hagan emerger sus propios relatos. Esta visión amenazadora, esta percepción del otrx, se naturaliza y hasta se esencializa, haciendo que nos acostumbremos a temer, a rechazar, a juzgar.

Retomar el concepto de afectaciones para pensar nuestra labor en clave política y así generar, con la palabra, prácticas que instituyan el buen trato, que posibiliten el reconocimiento, la semejanza y la capacidad de un buen encuentro con lx otrx. Generar juntx a ese otrx espacios de encuentro desde los cuales empezar a pensarnos como partícipes de otros relatos.

Finalmente, queremos señalar que, si bien la sistematización busca la generación de conocimiento disciplinar en el marco de una experiencia formativa, entendemos que tanto el tránsito por las instituciones de salud como este escrito final, nos compromete más con la lógica de la pregunta y el descubrimiento que con la idea de verdades a las que hay que acceder. Es decir, esperamos que las conclusiones sean preguntas orientativas, en vistas de seguir reflexionando crítica y colectivamente. Dejar las verdades entre paréntesis, para pensar colectivamente cuáles son los espacios que, como trabajadoras de lo social haciendo uso de la palabra, queremos construir y habitar.

En este sentido, entendemos que la producción de interrogantes no está dissociada de la capacidad de accionar, sino que más bien la reflexión sobre lo transitado puede conducirnos a acciones fundadas y en conjunto.

Si el neoliberalismo como ethos forja subjetividades de desencuentro, subjetividades que

padecen, que se atomizan y que se vinculan desde el destrato y la hostilidad, destruyendo la capacidad de vincularnos como sociedad y propiciando todo tipo de marcas subjetivas que aparecen ya como imponderables por la velocidad con la que se instalan, cooptándolas para sí y devolviéndolas en forma de productos, es indispensable animarnos a pensar al afecto como elemento político que genere encuentro y organización que propicie espacios de circulación de la palabra, donde pongamos en juego otros relatos que puedan comenzar a fisurar los sentidos otorgados y naturalizados.

Este enfoque puede instituirse como el puntapié para propiciar otras marcas subjetivas de encuentro, de lazo, de cohabitación. Decimos cohabitación en tanto no pretendemos dar lugar, ni dar derechos a esxs otrxs, sino más bien recuperar la capacidad de vivir junto a esa otredad con sus diferencias y no pese a ellas. Insistimos en sostener la posibilidad de construir otras prácticas en las que esxs otrxs dejen de ser una categoría discursiva -titular de derechos, paciente. etc- para pasar a ser personas, con cuya integridad humana, anclada en esas prerrogativas legales, tenemos que comprometernos para no ser despojadx de nuestra propia humanidad.

Enfrentarnos con estos relatos de hostilidad, de discriminación y de odio, nos permitió encontrarnos con inquietudes y cuestionamientos que generaron mucha incomodidad. Esperamos, mediante los relatos, haberles compartido tal incomodidad, para poder hacer de ello un movimiento que nos interpele y así generar las condiciones de posibilidad para otros acercamientos, otros dispositivos sociales con vocación inclusiva en la diversidad.

Las invisibilizaciones que operan discursivamente sobre esx otrx nos conducen a la pregunta sobre nuestro propio posicionamiento sobre ese campo, esas prácticas y esxs sujetxs, que invitamos a que sea una reflexión colectiva del qué hacer con esos sentidos instituidos y erigir así otras producciones de sentido, culturales y por tanto políticas.

Propuesta de intervención

Para finalizar nos gustaría bosquejar una propuesta de intervención que, incorporada a la dinámica de los equipos de trabajo por parte de las Coordinaciones de Distrito y basándose en la palabra como elemento de lo discursivo, cargado de potencialidad, y como entramado de múltiples relaciones de poder del cual tenemos que hacernos eco como profesionales de lo social, podría contribuir a visibilizar malestares y, en consecuencia, favorecer el reconocimiento como función de lo institucional.

Interrogar las prácticas que se dan hacia adentro de los equipos de trabajo de los CS que conocimos, desentramar la dinámica institucional y analizarla aquí, nos permite trazar algunas líneas que, aunque parezcan obvias en la práctica, es necesario observarlas bajo la lupa de lo teórico y también en contraste con aquello que deseamos como práctica profesional e institucional junto con otros. Además, la actualización constante de los mecanismos para subjetivar del neoliberalismo, hace imprescindible adoptar una postura auto reflexiva continua y siempre necesaria para alimentar una mirada crítica sobre la realidad en la que comprometemos nuestra intervención en lo social. Realidad eminentemente compleja y que requiere de una vigilancia epistemológica constante, ya que el modo de verla, leerla, comprenderla y enunciarla tiene impacto en el instrumental técnico puesto a prueba en el trabajo con otros, sobre otros, junto a otros.

La capacidad de diseñar y poner en funcionamiento dispositivos y prácticas que den lugar a lo “sujetx inesperadx” que propone Carballeda (2008) y lo alojen como parte de su dinámica, depende de que haya una correlación entre la retórica de la política pública que ordena la vida de las organizaciones de salud y la captura que los trabajadorxs de la salud puedan hacer de ello, es decir en qué medida puedan apropiarse de discursos diferentes a los discursos de odio que están tan presentes hoy en nuestra sociedad. Que puedan salir de la queja y de la hostilidad, para fundar nuevos posibles. Forjar la semejanza dentro de las instituciones de salud, implica alojar al otro no como sujetx necesitadx, devaluadx o minorizadx por ser diferente, es decir, no a pesar de su diferencia sino con ella. En este sentido, entendemos que la diversidad de opciones y miradas con las cuales habitar el mundo es un derecho. Entender a ese otro como sujetx que forma parte del mismo relato en que se inscribe lo propio, es elemental para que el reconocimiento pueda ponerse en juego.

Empezar a desentramar cuáles son las nociones que se ponen en juego a la hora de comprender y desplegar el trabajo en salud como práctica social, creemos que es un buen puntapié para forjar esos espacios y que ya hemos dejado explicitado en esta producción.

Indagar y poner en juego la palabra son estrategias que permiten que estos malestares y las representaciones sociales e imaginarios estereotipados salgan a la luz y comiencen a moverse en aras de llegar a desnaturalizar sus categorías y problematizarlas, ya que al decir de Dessors(1998): “Hablar, escuchar siempre conllevan un riesgo psíquico. Comprender es transformarse, porque inevitablemente es querer actuar en el sentido de lo que hemos comprendido”(p. 18).

Conjugar la circulación y la democratización de la palabra en torno a los malestares y dificultades que emergen como parte de la dinámica institucional, permite retomar analizadores que surgen en el discurso para mover lo que aparece ante la primera mirada como inalterable y obvio. Implicar esta dimensión en una situación de reflexión colectiva en donde además el cuerpo real juega como soporte de lo que enunciamos nos parece valioso, en tanto nos permite correr nos de las lógicas clásicas de aprendizaje y nos sitúa en una instancia de formación con otrxs, apelando a lo otro como parte de lo propio, como una situación dialógica en la que se empiezan a delinear encuentros. Encontrarse con lo otro, con los discursos otros, con los malestares e inquietudes implica no renegar del conflicto sino tomarlo como parte integrante e ineludible de lo político. De la posibilidad de discutir en los ámbitos de trabajo propios la política pública, su letra, pero también las implicancias que ésta tiene como norma de vida, cómo ordenadora y así, en su capacidad de hacer lazo social.

Dicho esto y recogiendo el antecedente de intervención que realizamos como parte de la devolución de nuestras prácticas del último año, que bien opera como un instrumento diagnóstico, proponemos habilitar un espacio de discusión y reflexión coordinado por una terceridad con experiencia en intervenciones institucionales. Al decir de Ana María del Cueto (2003) “Se crea de esta forma un Dispositivo que es en sí mismo un Dispositivo Analizador construido para provocar el análisis y esto es lo que constituye la intervención.” (p. 108)

En este dispositivo nos involucraríamos junto a esa terceridad apelando a las herramientas teóricas prácticas que nos provee la formación profesional en el trabajo con pequeños grupos. Proponiendo técnicas participativas para viabilizar y darle lugar a lo no-dicho del acontecer de la dinámica grupal que expresa el equipo de trabajo, la cual se muestra capturada por la rutina burocrática-administrativa del cotidiano institucional.

Un espacio de reflexión corrido de la lógica de las clásicas reuniones de equipo, donde la palabra circule libremente para que el mismo equipo de trabajadorxs transite por un trabajo de sí mismo, que le permita interrogar y conmover su propia posición frente a esa dinámica naturalizada, no cuestionada, viciada de repeticiones. Alcanzar la instancia reflexiva requerirá de condiciones de intercomprensión y de una movilización subjetiva de lxs trabajadorxs en esa confrontación. Vale aclarar que este dispositivo, al no ser una capacitación ni un curso de formación de carácter obligatorio impuesto por la jerarquía, estará conformado solo por aquellxs trabajadorxs dispuestxs a acompañar el trabajo hasta el final, o sea, se trata de un colectivo constituido ad-hoc.

El propósito es poner en tensión los imaginarios y las representaciones construidas sobre esxs otrxs sujetxs de la intervención, teniendo en cuenta que dichos esquemas de percepciones vienen operando bajo patrones de comportamientos y discursos cargados de hostilidad y de una mirada inferiorizante.

La estructura de los encuentros se organizará sobre tres ejes problemáticos: 1) la relación subjetiva con la organización del trabajo 2) la percepción subjetiva sobre el trabajo en equipo y 3) la percepción que los trabajadorxs tienen de lxs usuarixs en situación de trabajo. Destinándose

dos meses para cada eje y un último mes para la elaboración del informe final y socialización de la experiencia.

La demarcación de estos tres ejes surge de la recuperación selectiva de comentarios verbales hechos por lxs trabajadorxs en sus lugares de trabajo y que hemos registrado en nuestros cuadernos de campo en el marco de nuestras prácticas pre profesionales. Los cuales nos sirven de insumo argumentativo para impulsar y darle sentido a esta propuesta.

Cada eje constará de dos momentos. Uno destinado a la recolección de lo que sucede en cada discusión y un segundo momento donde el equipo interviniente realiza una devolución interpretativa sobre lo acontecido. Vale decir, son momentos asignados tanto al desarrollo como a las conclusiones.

La intencionalidad de la intervención institucional es que el colectivo de trabajadores pueda pensar su situación, su relación con el trabajo y las consecuencias de esa relación respecto del trato dispensado a lxs usuarixs.

Por el tipo de actividad que se realiza, que toma los aportes del Análisis Institucional, “no pueden pensarse conclusiones en el sentido estricto del término, ya que el flujo institucional e intersubjetivo continúa produciendo efectos, reformaciones, recuperaciones de sentido e identidades relacionadas con procesos disipativos, con formaciones simbólico-imaginarias que todo equipo de trabajo, en su accionar produce y reproduce” (Del Cueto, 2003, p. 109).

Al finalizar el trabajo pautado, la materialidad co-producida mediatizada por la observación clínica que asume la intervención institucional es propiedad del colectivo de trabajadores y se apuesta a que, con una mejor toma de conciencia de su inconsciente socio-ideológico pueda, si lo desea, emprender acciones transformadoras (Baremblytt, 1983).

En este dispositivo le damos un lugar preponderante al valor de la palabra. Pero es metodológicamente necesario establecer algunos criterios al respecto, Dejours y Dessours (1998) refieren que, para poder acceder al sentido que lxs trabajadorxs le asignan a su trabajo, deben primero dilucidarse las razones por las cuales lxs mismxs no abandonan sus costumbres y comportamientos estereotipados y por qué se aferran a esa tradición vivida. Para ello se les deben generar las condiciones de posibilidad para que la (su) palabra circule. Ahora bien, dichos autores consideran que para que esa palabra sea eficaz, con respecto a la comprensión del sentido de sus conductas hasta el momento, debe ser una palabra colectiva. Es decir, enunciada en el espacio del colectivo de discusión. Estos estudiosos del análisis psicodinámico de las situaciones de trabajo consideran además que, si la palabra guarda ese poder único de dar acceso a un sentido, es porque hablar es el medio más potente para pensar. Y esta palabra debe configurarse en palabra auténtica que trata de decir lo que considera sinceramente verdadero. Esa palabra auténtica se rubrica ante una escucha arriesgada, se produce una relación de equidad entre quien habla y quien escucha.

Pero “¿Qué es una escucha arriesgada? Es la escucha que auténticamente corre el riesgo de escuchar y comprender. Ahora bien, escuchar para entender comporta también un riesgo, a saber el de descubrir por medio de la palabra del otrx dimensiones de la realidad ignoradas hasta el momento, que una vez escuchadas y asimiladas pueden desestabilizar los análisis, las convicciones y

las creencias sobre las que, quien escucha funda su visión del mundo, en este caso su visión del mundo del trabajo. Comprender o escuchar, es entonces aceptar también no comprenderlo todo y no escucharlo todo, no solamente en lo inmediato sino quizás también a largo plazo, es decir, aceptar que existan zonas oscuras que se resisten al conocimiento” (Dejours, 1998, p. 210).

Referencias bibliográficas

- Acevedo, M.J. (2002). La implicación: luces y sombras del concepto lourauniano. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedra del Prof. Ferrarós. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18941>
- Acevedo, M.J. (2004). Un instrumento para el abordaje heurístico de las instituciones. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedra del Prof. Ferrarós. Recuperado de <https://studylib.es/doc/6209902/un-instrumento-para-el-abordaje-heur%C3%ADstico-de-las-institu...>
- Alvárez Leguizamón, S. (2005). *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe: estructuras, discursos y actores*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Arriagada, I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de población*, (53), 9-22.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2965122>
- Baremblyt, G.F. (2005). *Compendio de Análisis Institucional*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Mardres de Plaza de Mayo.
- Berteaux, D. (1999). *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potenciales*. Francia: Centro Nacional de Investigación (CNRS).
- Biglia, B. y Bonet, J. La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. *FQS*, 10(1).
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Campana, M. (2014). Del Estado Social al Estado Neoliberal: un nuevo pacto social en nuestra América. *Perspectivas Sociales*, 16(1), 9-30.
- Carballeda, J.M. (2008). La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Margen*, (48). Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Carpintero, E. (2015). Poder y subjetividad: las formas actuales de control. *Revista Topía*, (75). Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/poder-y-subjetividad-formas-actuales-control>
- Castel, R. (2003). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires, Argentina: Manantial.

- Castel, R. (2007). Presente y genealogía del presente. Una aproximación no evolucionista al cambio social. En D. Franche (ed.), *Au risque de Foucault*. (pp. 161-168). París, Francia: Editions du Centre Pompidou.
- Castel, R. (2011). *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Centro de Escritura Javeriano. (2019). Normas APA, sexta edición.
Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali.
- Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia*. Barcelona, España: Paidós.
- Del Cueto, A.M (2003). *Grupos, instituciones y comunidades: coordinación e intervención*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Dejours, C. (1998) *De la psicopatología la psicodinámica del trabajo*. En D. Dessors y G. Bailly (comps.), *La organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. (pp. 23-73). Buenos Aires, Argentina: Lumen Hvmanitas.
- Dessors, D. y Guhio Bailly, M (1998). *La organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Hvmanitas.
- Díaz, S. y Jaitt, A. (2012). El análisis del discurso: Michael Foucault y la arqueología del saber. En *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación*, vol. 19, 144-147.
- Fernández, A.M y Herrera, L. (1993). Laberintos Institucionales. En A.M Fernández, y J.C De Brasi (comps.), *Tiempo histórico y campo grupal* (pp. 127-151). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fernández, A.M (1999). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba
- Fernández, A.M y otros (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura* (7), 21-28.
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Recuperado de <https://filadd.com/doc/algunos-problemas-complejos-de-salud-debora>
- Figari, C. y Haber, A. (2010). Conocimiento situado y técnicas amorosas de la ciencia. Tópicos de epistemología crítica. Recuperado de: https://epistemologiascriticas.files.wordpress.com/2011/05/figari_conoc-situado.pdf
- Foucault, M. (1984) *Saber y verdad*. Madrid, España: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2010). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Frigerio, G. (2004). Institución, conceptos y perspectivas. *Seminario de formación*. Curso de formación gremial Asociación de Trabajadores del Estado (ATE-CDP), Santa Fe, Argentina.
- García, C. I. (2006). Las representaciones sociales del territorio. Enfoque y metodología para su estudio. *Controversia*, 186, 77-87.
- Giavedoni, J.G (2012). *Gobernando la pobreza. La energía eléctrica como dispositivo de gestión de los sectores populares*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

- González- Saibene, A. (2011). Conocimiento, intervención, transformación. En S. Cazzaniga. (Comp.), *Entramados conceptuales en Trabajo Social. Categorías y problemáticas de la intervención profesional.* (pp. 236-254). Paraná, Entre Ríos: Fundación La Hendija.
- Grollmus, N. y Pujol, J. (2015). Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. *FQS*, 16(2).
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2013) *Micropolítica. Cartografías del deseo.* Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón.
- Hall, S. (2003). ¿Quién necesita identidad? En S. Hall y P. du Gay (comp.), *Cuestiones de identidad cultural* (pp. 13-39). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres.* Valencia, España: Cátedra.
- Kaminsky, G.G. (1994). *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales.* Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica.* Barcelona, España: Gedisa.
- Laval, C. y Dardot, P. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal.* Barcelona, España: Gedisa.
- Lipovetsky (2010)
- López, M. G. De la arqueología de las ciencias humanas a las ciencias del saber. Foucault innovador. Serie Pensamiento. Recuperado de:
<http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0201/foucault.htm>
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de Salud.* Bs As, Argentina.
- Merhy E.E, Feuerwerker L., Ceccim R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva.*2(2), 147-160. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120204.pdf>
- Meschini, P. (2018). *Sistematización de la intervención en trabajo social: experiencias y fundamentos para un debate por el pensar-hacer en Ciencias Sociales.* Buenos Aires, Argentina: Ed. Espacio.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2020) Organización del sistema. Recuperado de <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>
- Onocko, R. (2008). Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en búsqueda de políticas potentes. *Salud Colectiva*, 4(2), 173-185. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/340>
- ONU: Asamblea General (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Suiza. Recuperado de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención pri-*

- maria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Declaración de Astaná*. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Ortíz Naranjo, M. N. (2013). El latido del texto. Juegos de saber, poder y resistencia en la escritura académica en ciencias sociales. Recuperado de https://www.academia.edu/10176975/EL_LATIDO_DEL_TEXTO_Juegos_de_saber_poder_y_resistencia_en_la_escritura_acad%C3%A9mica_en_ciencias_humanas
- Piñero Ramírez, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: una articulación conceptual. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa* (7), 1-19. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2831/283121713002.pdf>
- Rosa, Claudia (2005). Escribir las ciencias sociales: de la referencialidad a la ficcionalización. *Desde el fondo*, p.20-25. Recuperado de http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/37.html
- Rubio, R; Bovino, B. y otros. El proceso de enseñanza-aprendizaje de la intervención profesional de Trabajo Social en el campo salud en un contexto de “Intervención profesional Supervisada” (dispositivo pedagógico). Alcances, límites y dificultades. Filiación: Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social (CIECITS). Facultad de Ciencia Política y RR.II. UNR
- Sousa Campos, G.W. (1997). Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud. En E. Merhy y R. Onocko (eds.), *Praxis en salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Sousa Campos, G.W. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Spartaro, G. (2008). La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social. *Revista Margen* 51.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/285>
- Valencia, S. (2010) *Capitalismo gore*. Tenerife, España: Melusina.
- Vasconcelos, E.M. (1999). Servicio Social e Interdisciplinaridad: El ejemplo de la Salud Mental. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/403125895/Vasconcelos-Servicio-Social-e-Interdisciplinariedad-El-Ejemplo-de-la-Salud-Mental-pdf>
- Witting, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona, España: Egales.