

REDES INTERSECTORIALES EN SALUD Y CONSTRUCCIÓN DE LO COMÚN EN TIEMPOS CRÍTICOS

INTERSECTORAL NETWORKS IN HEALTH AND CONSTRUCTION OF THE COMMON IN CRITICAL TIMES

Longo, Roxana¹; Lenta, M. Malena²; Veloso, Verónica³; Zaldúa, Graciela⁴

RESUMEN

En el escenario contemporáneo, las dinámicas de precarización de la vida configuran procesos de vulnerabilidad múltiples en los territorios urbanos. Ante ello, la recreación de las redes intersectoriales en salud entre efectores del sector público, organizaciones sociales y personas vecinas resulta una estrategia relevante para la construcción de lo común ante la fragmentación del lazo social y la vulneración de derechos. El objetivo de este trabajo es analizar los procesos de construcción de lo común frente a problemas complejos en salud desde las experiencias de dos redes intersectoriales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires consideradas como casos. Desde un enfoque cualitativo hermenéutico-dialéctico, se desarrolla un estudio de casos múltiples y se recuperan las entrevistas en profundidad a 7 informantes clave y la sistematización de 5 talleres desarrollados con quienes participan en sendas redes en el marco de un proceso de Investigación Acción Participativa. Se identificó a la complejización de las problemáticas en salud como articuladora de la construcción de lo común en las redes. Se observó que la estrategia de trabajo en red ejercía un doble efecto: el de la potenciación de las acciones individuales frente a las problemáticas, pero también el basamento para de políticas de cuidado hacia quienes integraban ambos colectivos. Se relevó que la función de resistencia de las redes favorecía la delimitación de un soporte para construcción de agenda pública en la exigibilidad de derechos.

Palabras clave:

Redes intersectoriales, Cuidado, Salud, Lo común.

ABSTRACT

In the contemporary scenario, the dynamics of precariousness of life configure multiple vulnerability processes in urban territories. Given this, the recreation of intersectoral networks in health between effectors of the public sector, social organizations and neighboring people is a relevant strategy for the construction of the common and resistance to the fragmentation of the social bond and the violation of rights. That is why the objective of this work is to analyze the processes of construction of the common in the face of complex health problems from the experiences of two intersectoral networks of the Autonomous City of Buenos Aires considered as cases. From a qualitative hermeneutic-dialectical approach, a study of multiple cases is developed and in-depth interviews with 7 key informants and the systematization of 5 workshops developed with those who participate in respective networks within the framework of a Participatory Action Research process are recovered. The complexity of health problems was identified as an articulator of the construction of the common in the networks. It was observed that the networking strategy had a double effect: that of empowering individual actions against problems, but also the foundation for care policies for those who made up both groups. It was revealed that the resistance function of the networks favored the delimitation of a support for the construction of a public agenda in the enforceability of rights.

Keywords:

Intersectoral networks, Care, Health, The common.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. CONICET. Argentina. Email: longo.roxana@gmail.com

²Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. CONICET. Argentina

³Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones

⁴Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones

1. introducción

Este artículo hace parte de los resultados del proyecto UBACyT “Salud mental comunitaria: contextos precarización y políticas del cuidado” dirigido por Graciela Zaldúa y codirigido por María Marcela Bottinelli. Tiene el propósito de comprender la configuración de estrategias de resistencia y de construcción de lo común por parte de redes intersectoriales en salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el período de pandemia y pospandemia por COVID-19.

En este período, la dinámica de ajuste neoliberal preexistente se sobredimensionó con los recortes de “gastos” sociales, incremento del desempleo y de la desprotección social, lo que tuvo repercusiones en el aumento de la pobreza y las desigualdades sociales de clase, género, étnicas, generacionales y territoriales, en particular, en nuestra región latinoamericana (Cueto, 2022). La injusticia estructural que está determinada por la explotación de clase, la dominación de género y la opresión racial -que subordina la reproducción social a la producción de mercancías y determina crisis económica, crisis del cuidado, ecológica y política- se vio exponencialmente desarrollada a nivel global a partir de la pandemia del COVID-19, lo que evidenció un acontecimiento sindémico. En términos de Almeida Filho (2022), se recupera dicho concepto, no como mera co-ocurrencia de enfermedades e interacción multifactorial, sino como proceso epidemiológico marcado por las determinaciones político-culturales. Pues se trata de tiempos en que las desigualdades sociales preexistentes exacerbaban sufrimientos y enfermedades configurando modos extremos de vulnerabilización.

En términos de Fraser (2023), la irrupción del COVID-19 fue una demostración de la canibalización de la naturaleza y el cuidado y de las resistencias debilitadas frente a las demandas de los mercados que recortaron el gasto social, en particular, el dedicado a investigación básica e infraestructuras sanitarias. A su vez, se combinó con la crisis de la reproducción social, en especial con una crisis del cuidado por cargar la demanda del mismo en las familias y las comunidades y, máxime, en las mujeres quienes realizan la mayor parte del trabajo no remunerado, así como aquellos fuertemente feminizados por configurarse en función de la sostenibilidad de la vida de otras personas como, por ejemplo, los de limpieza y los del campo de la educación y la salud.

Estas problemáticas han permitido poner el foco en el cuidado como componente central de las políticas públicas en el territorio urbano (García-Chueca, 2021). De este modo, se figura con claridad cómo los procesos salud-enfermedad-atención- cuidados y las desigualdades en salud son expresiones de la conflictividad social marcada por territorialidad e historicidad (Borde, 2017). En este sentido, las dinámicas de la exclusión social y la falta de acceso a derechos básicos de la población urbana convergen en lo que podríamos denominar procesos de (re)precarización de la vida, cuando las políticas, programas y dispositivos para la atención también encuentran a sus trabajadores y trabajadoras con sus derechos vulnerados que deben enfrentar a las complejidades actuales que atraviesan las

poblaciones, comunidades y colectivos urbanos (Longo, Lenta, Joskowicz y Tortosa, 2020).

Las dinámicas de precarización y (re)precarización de diferentes esferas de la vida configuran procesos de vulnerabilidad múltiples para amplias capas de la sociedad, lo que se adiciona a la creciente mercantilización y privatización lucrativa de los servicios públicos de atención en salud y a la contradictoria situación de sus profesionales, también, cada vez con mayores situaciones de precarización (Longo, Lenta, Joskowicz y Tortosa, 2020). Este escenario supone una dificultad para quienes trabajan en el sector salud por el incremento de la complejidad de las cargas del trabajo que incide en la calidad de las prácticas, lo que lleva a apelar a una ética del cuidado que se contrapone a una ética abstracta de la justicia excluyente e insostenible (Gilligan, 2013). Para ello se requiere de orientaciones comunitarias como herramientas potentes basadas en las necesidades colectivas y humanas. De este modo, se vuelve fundamental el trabajo en red y la movilización de recursos colectivos en los territorios, barrios y los centros y servicios de salud, así como profundizar la reorganización de la propia red asistencial (Flores y Mora, 2022).

En este escenario, en el presente trabajo nos preguntamos acerca de cómo dos experiencias de redes intersectoriales en salud desarrolladas en CABA promueven procesos de construcción de lo común y facilita (o no) el abordaje de los problemas complejos en salud integral en territorios urbanos precarizados durante el período del fin de la pandemia por COVID-19 y pospandemia (2021-2023). Las redes intersectoriales analizadas impulsan procesos que desenvuelven prácticas comunes, encuentros, diálogos e intercambios contextuales en los que comparten temas problemáticos que emergen en los territorios promoviendo respuestas colectivas.

En este contexto, se comprende a lo común como principio ético-político que es ordenador de las prácticas sociales en tanto actividad de deliberación con la que las personas se esfuerzan por determinar conjuntamente lo justo, así como la decisión y la acción que proceden de esta actividad colectiva (Dardot y Laval, 2015). Lo común es una relación que da cuenta de un entramado comunitario para producir la vida sobre la base de lo compartido ya que enfrenta la amenaza constante del capital, que allí busca territorializarse (Navarro Trujillo, 2015; Linsalata et al., 2019; Gutiérrez Aguilar y Trujillo, 2019; De Angelis, 2019). Refiere a la creación de nuevas formas de sociabilidad, organizadas en función del principio de cooperación social y la defensa de las formas de comunalismo ya existentes donde la construcción de una nueva territorialidad cobra un lugar protagónico (Caffentzis y Federici, 2019).

El territorio corresponde a una categoría compleja que involucra procesos de socialización y del ejercicio de la vida situada. En estos procesos se constituyen vínculos, el espacio propicia la apropiación e identidad en él y, por tanto, existe una constante tensión entre lo ecosistémico, la cohabitación en sociedad y los modos de ocupar el espacio (Castaño-Aguirre, Bermúdez-Mejía y García-Ordóñez, 2023). Los territorios son espacios dinámicos que se construyen y se transforman en las tensiones de los colectivos

sociales que los habitan y las dinámicas de poder que los envuelven. Incluso conviven diversas territorialidades en los mismos espacios: las organizaciones sociales, la vecindad, las generaciones, las instituciones público-estatales, etc., con intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales y de cuidado diferentes, que generan relaciones de complementación, de cooperación, de conflicto y de enfrentamiento. Desde estas diferentes territorialidades encontramos un conjunto de redes de cuidados que forman parte de resistencias cotidianas, institucionales y/o comunitarias que conforman sistemas de producción de cuidados e intercambios alternativos (Lenta, Longo y Zaldúa, 2018).

Las redes de cuidados envuelven un conjunto de dinámicas que son fluidas, pueden crecer, transformarse, reconfigurarse y producir nuevos dominios de experiencia. Implican un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo, y posibilitan la potencialización de los recursos que poseen en el uno a uno y en lo múltiple, lo que deriva en la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades (Merhy, Feuerwerker, y Silva, 2012).

A través de las múltiples relaciones e iniciativas que se desarrollan en el trabajo en red se optimizan los aprendizajes compartidos (Najmanovich, 2008; Dabas, 1998; Dabas y Najmanovich, 1995). Desde diversas iniciativas, las redes facilitan el posicionamiento ante los otros y optimizan la producción de cuidados frente a las problemáticas y demandas complejas que se presentan en las poblaciones urbanas. El trabajo en red permite la construcción de un soporte que posibilita prácticas de lo común a partir del encuentro, del diálogo y de la problematización colectiva que permite superar procesos de fragmentación para facilitar instancias de coordinación y cooperación (Ríos, 2015). Desde diversas iniciativas, se proponen compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, profesionales, sociales) para generar alternativas que les permitan potenciarlos (generar sinergias), en pos de un objetivo común, la solución de problemas o la satisfacción de necesidades. La condición es que comparten un mismo territorio y población, desde un trabajo horizontal y faciliten recursos, formas de hacer y enfoques más integrales y adaptados a los diferentes contextos (Becerra y Movilla, 2020). El trabajo en red nuclea a una comunidad de personas que trabajan con un interés común y basan sus acciones en la construcción, desarrollo y socialización de conocimientos (Perea, 2006).

Las redes también permiten un espacio de interacción entre profesionales, agentes sociales y personas usuarias que intervienen directamente en el territorio y trabajan sobre el terreno. Esto facilita el diálogo y la participación comunitaria potenciando el capital simbólico y social existente en el territorio lo que propicia iniciativas de salud comunitaria y el empoderamiento comunal frente a las desigualdades sociales (Gállego-Diéguez et al., 2016). Al mismo tiempo, desde su accionar, visibilizan la presencia de dispositivos e iniciativas que actúan como cercadoras de estrategias cotidianas de cuidado atrapadas en espacios deteriorados y la presencia de una determinada producción de vivien-

da, barrio y ciudad sin enfoque de género, perspectiva de infancia y sin cuestionar cómo se reproducen inequidades territoriales, de género, étnicas y generacionales (Rimoldi, 2021). Es decir, al actuar las redes intersectoriales van problematizando el deterioro urbano y analizando cómo los procesos segregativos actuales, no sólo obstaculizan la movilidad, sino que producen inmovilidades, exclusión de los bienes urbanos y reproducción del cuidado como una labor privada, invisible, y confinada (Luneke, Rasse y Ugalde, 2021). Es por ello que el objetivo del presente trabajo es analizar los procesos de construcción de lo común frente a problemas complejos en salud desde las experiencias de redes intersectoriales de salud en CABA.

2. Metodología

En función del problema y objetivo planteado, este trabajo recupera una perspectiva de investigación cualitativa a partir del método hermenéutico dialéctico. Se trata de una herramienta interpretativa que combina dos enfoques fundamentales para comprender narrativas y fenómenos culturales. La hermenéutica, con su foco en la comprensión profunda y la interpretación contextual, se fusiona con la dialéctica, que busca analizar las tensiones y contradicciones inherentes en cualquier tema. Este método no solo busca descifrar el significado aparente de un texto o fenómeno, sino también explorar las múltiples capas de significado que pueden emerger a través del diálogo entre diferentes perspectivas. Al adoptar un enfoque dinámico y reflexivo, el método hermenéutico dialéctico se convierte en una herramienta valiosa para el análisis crítico de cuestiones sociales y culturales, revelando así la riqueza y complejidad subyacente en diversas manifestaciones humanas en sus contextos naturales (Minayo, 2017).

Asimismo, la propuesta investigativa plantea la relevancia de la participación de las comunidades, colectivos y actores locales como medio para el empoderamiento e involucramiento activo en el proceso de indagación y de cambio social, por lo que se recuperan elementos de la perspectiva de la Investigación Acción Participativa (IAP) (Fals Borda, 1999). En contraste con los métodos tradicionales de investigación, la IAP reconoce a las personas no solo como sujetos de estudio, sino como participantes esenciales en la generación de conocimiento y la resolución de problemas. A través de un proceso iterativo de reflexión y acción, se fomenta el diálogo horizontal, permitiendo que las voces y perspectivas de aquellos directamente afectados por una problemática sean escuchadas y consideradas en la toma de decisiones. Este enfoque no solo genera resultados más contextualmente relevantes, sino que también promueve la capacidad de las comunidades y colectivos para abordar sus desafíos de manera sostenible y autónoma, transformando así la investigación en una herramienta poderosa para el cambio social y el desarrollo local (Balcazar, 2003). En este marco, optamos por la implementación de un diseño exploratorio-descriptivo con la modalidad de estudio de casos múltiples (Yin, 1994) ampliado (Martínez, 2017), en donde se trabajó con dos redes intersectoriales de salud de la CABA (Red zona norte y Red zona sur) que comenzaron a trabajar con el equipo de investigación en la indagación

de sus problemáticas y necesidades como colectivos de organizaciones del sector público de salud, de educación, de programas sociales y de la sociedad civil, entre finales de la pandemia por COVID-19 y la pospandemia.

De acuerdo con Yin (1994), el diseño de estudio de caso es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas de interacción en contextos singulares. En esta oportunidad se trata de un estudio de caso múltiple integrado que permitirá una generalización analítica a partir de los resultados de la investigación en cada uno de los contextos particulares en donde fue llevada a cabo. En este sentido, recuperamos el concepto de conocimiento situado (Haraway, 1995) para sostener que la producción de conocimiento tiene unas coordenadas socio-históricas y territoriales que le otorgan una "objetividad situada".

En este contexto, cada uno de los casos constituyen las unidades de análisis del estudio. En función de ello, a continuación, se presenta una breve caracterización de los mismos junto con los procesos de producción de datos realizados:

Caso Red zona norte: se trata de una red interinstitucional que funciona desde comienzos de los años 1990 en la zona norte de la CABA. Participan diferentes dispositivos del sistema público de salud, del sector público de educación, movimientos sociales, dispositivos de acceso a la justicia, organizaciones de vecinos/as, colectivos de medios de comunicación y centros culturales. Abordan problemáticas vinculadas con las infancias y adolescencias, salud mental comunitaria, las violencias por motivos de género, la integración social y urbana y los derechos humanos.

Con este colectivo se realizaron tres talleres en 2023 con el objetivo de recuperar la memoria histórica de la red y sistematizar las actividades y experiencias. En ellos participaron 50 personas de las diferentes organizaciones que conforman el espacio. Asimismo, se realizaron 4 entrevistas en profundidad a informantes clave del espacio, todas trabajadoras de la salud (psicólogas, trabajadoras sociales y residentes de medicina).

Caso Red zona sur: esta red es un colectivo conformado centralmente por organizaciones del sistema público de salud, de educación, programas sociales y vecinos/as. Si bien la red tiene su origen en la década de 1990 e incluía originalmente a organizaciones barriales, la propia dinámica de la organización y las acciones orientadas a abordar la problemática de la vivienda en el territorio, derivó en que, a mediados de la primera década del 2000 la mayor parte de las organizaciones barriales se reconfiguraron en una nueva articulación centradas en la cuestión habitacional. En función de ello, la red se orientó a abordar cuestiones vinculadas a la salud integral, la salud mental comunitaria, las violencias de género y la participación de las niñas y adolescentes.

Con esta red se trabajó entre finales de 2021 y 2023. En un primer momento se realizaron 2 talleres orientados a abordar las afectaciones de la pandemia por COVID-19 en los equipos de trabajo de las diferentes organizaciones que integran la red. Asimismo, se trabajó en torno a la reorganización de las prácticas y propuestas de la red en

el nuevo escenario pospandemia. Además, se realizaron 3 entrevistas a informantes clave de la red: 2 trabajadores integrantes del sistema público de salud y 1 vecina.

En cuanto a los criterios éticos, en los dos casos se trabajó con un consentimiento informado y esclarecido en donde se identificó el marco del estudio, los objetivos y la modalidad de la participación propuesta, además de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información.

Para el análisis de los datos se implementó un análisis temático (Cohen y Gómez-Rojas, 2018) de la información producida en cada uno de los dos casos a partir del cual se construyeron códigos emergentes que permitieron construir tres categorías analíticas: genealogía y objetivos de la red, problemáticas y necesidades percibidas, actividades y experiencias significativas y construcción de agenda y perspectiva a futuro del colectivo. En función de la lectura transversal de los datos y del debate entre el equipo de investigación y quienes participaron del proceso, se subsumieron los mismos en 3 categorías finales que permitieron elaborar este artículo: la delimitación de las problemáticas complejas en salud, las estrategias de construcción de lo común y la exigibilidad de derechos.

3. Resultados

3.a. Las problemáticas complejas en salud como articulador de las redes

Las redes intersectoriales en salud resultan procesos vivos y dinámicos con varias décadas de funcionamiento en ambos casos. Su conformación originaria en los primeros años de 1990 obedeció a la necesidad de "vincularse desde las instituciones o desde los trabajadores de las instituciones con los vecinos", "organizarse y apoyarse con las organizaciones del barrio" y "trabajar con la comunidad". En los dos casos de estudio, las redes surgen como un movimiento impulsado desde las instituciones públicas del territorio hacia la comunidad que permitió conformar mesas de trabajo, jornadas lúdicas, actividades de prevención y promoción de la salud y acciones de visibilización de demandas barriales.

En todo ese primer período, tanto las instituciones del sector público como las organizaciones sociales, las personas vecinas y los/as propios/as trabajadores/as fueron cambiando, como así también, el foco articulador en ambas redes. Es así que, en ambos casos, las personas que integran las redes refieren que el gran articulador de las mismas en la actualidad es: "la salud", "la salud integral" o "la salud de la comunidad". Al mencionar las problemáticas de salud, las narrativas indican las siguientes:

"Una de las problemáticas que viene insistiendo como en los distintos efectores tiene que ver con el acceso a salud mental. Es algo que no se está consiguiendo en la Comuna tanto tratamiento para niños, niñas y adolescentes como adultos (...) es una de las cosas que se viene evaluando de distintos lugares" (Caso Red zona norte_Entrevista a Clara_trabajadora de la salud).

“(...) todo lo que tenga que ver con vulneración de derechos en niñeces y adolescencias, todo lo que es habitacional y de urbanización y electrificación, salud mental y consumo también, habitacional y situación de calle, esas son creo los principales ejes que nos convocan, pero también tiene que ver con quienes participamos de la red” (Caso Red zona norte_Entrevista a Ana_trabajadora de la salud).

“(...) la violencia de género, los derechos vulnerados de las infancias, la falta de acceso a la atención para personas con consumo porque no hay nada, no hay dispositivos... o casi no alcanzan lo que hay y... la pobreza, las condiciones de vida... todas esas son las cuestiones de salud que nos convocan como red. Seguro que más hay” (Caso Red zona sur_Entrevista Juan_trabajador de la salud).

Al dimensionar las problemáticas de salud que articulan las redes, se observa que tanto la mención de la salud mental, los consumos problemáticos de sustancias, las violencias de género como de la crisis social y del hábitat, no solo dan cuenta de una complejización de la concepción de salud, sino de la vinculación de dichas dimensiones con el territorio y su dinámica de precarización. Pues no solo se identifica a la pobreza en general de la población sino también, a las cuestiones vinculadas a la “falta de accesibilidad” a espacios de atención, “el vaciamiento del Estado y de la política pública”, “problemas de hacinamiento” y la “gentrificación”, entre otras aristas que hacen parte de la sostenida dinámica de precariedad territorial.

Asimismo, se puede inferir que las problemáticas identificadas en el campo de la salud pueden ser consideradas como organizadoras de lo común en tanto permiten integrar actores institucionales y singulares, no solo en el abordaje de las mismas, sino también en la configuración de una mirada que favorece la integración entre diferentes modos de comprender las problemáticas en salud. Dialécticamente, lo común se vuelve articulador de las redes al mismo tiempo en que el “hacer red” permite construir lo común al ampliar las perspectivas desde las que se piensan y abordan los problemas.

Otro aspecto relevante que satura sobre la función articuladora de las problemáticas en salud es que éstas, no solo requieren de explicaciones complejas sino también de intervenciones desde una multiplicidad de actores interinstitucional e intersectorialmente integrados:

“[el recursero que se arma con la red] a mí me ha permitido también ampliar mi capacidad de intervención, conociendo esto. Conociendo y poniéndolo en práctica y teniéndolo disponible” (Caso Red zona norte_Entrevista Alicia_trabajadora de la salud).

“El tema es que son tan complicadas las situaciones. Cada vez más complicadas las situaciones que nos llegan... que es necesario sí o sí trabajar con las otras instituciones. Muchas veces en las reuniones trabajamos o le damos un tiempo a hablar de algún caso. Sobre todo cuando se trata de chicos con derechos vulnerados: el hospital, la escuela, la defensoría... nadie puede solo” (Caso Red zona sur_En-

trevista Esteban_trabajador de la salud).

“Otro de los objetivos es también pensar el territorio y ver qué acciones se pueden realizar en pos de las evaluaciones y los diagnósticos que surjan de distintas miradas y de distintos efectores (...)” (Caso Red zona sur_Taller 1).

Al construir una mirada compleja acerca de las problemáticas en salud, se vuelve necesario instituir formas de trabajo y abordajes en red que apunten a diálogos interdisciplinarios e intersectoriales que visibilicen las tensiones entre lo singular y lo colectivo, entre lo material y lo simbólico, y distintos niveles de intersubjetividad, intra y transubjetividad. La red pone en relieve la necesidad de trabajar en el desafío de construir junto a los colectivos y en colectivo, sentidos y prácticas salutíferos.

3.b. La estrategia de armar red como política de cuidado

Tal como se plasmó, las estrategias de redes intersectoriales con foco en el ámbito de la salud refieren a la planificación y ejecución de acciones destinadas a mejorar la colaboración, comunicación y coordinación entre diferentes instituciones, profesionales de la salud, de otras áreas de las políticas públicas y de las propias personas vecinas que habitan el territorio junto con sus organizaciones. Sin embargo, el armar red constituye una estrategia que incide también en el propio cuidado de quienes la integran.

En las narrativas de las personas participantes de ambas redes insiste que, en sí mismo, estos espacio tienen un “valor especial” por la “necesidad” del encuentro con otros, lo que deriva en el fortalecimiento singular de quienes la integran y del colectivo mismo de la red:

“Me da la sensación que de aire de amplitud, de apoyo, de diversidad, de entusiasmo (...) es como un diálogo instalado entre distintos espacios que le posibilita crecer a cada espacio” (Caso Red zona norte_Entrevista a Ana_trabajadora de la salud).

“También pensar con otros. Eso, la verdad, es que siempre es mucho más potente. Genera lazos de confianza entre los profesionales y la gente” (Caso Red zona sur_Entrevista a vecina_Irma).

“(...) la red siempre me pareció un espacio muy amoroso. Un espacio de mucha potencia (...) yo creo que es un espacio de encuentro. Sostenemos como esa necesidad de encuentro en vivo, el objetivo es encontrarnos compartir el espacio en común y tejer juntas y a veces ese tejer juntas significa como socializarnos información” (Caso Red zona norte_Entrevista a Clara_trabajadora de la salud).

Pensar con otros y co-construir estrategias de trabajo conjuntas en los encuentros de ambas redes son acciones que van de la mano del reconocerse desde la “amorosidad”, la “confianza”, el “entusiasmo” y la “potencia”, entre los principales afectos identificados por quienes las integran. En relación con el período de la pandemia por COVID-19, la estrategia de trabajo en red permitió, además, que esos

encuentros, aun cuando fueran virtuales, permitieran sostener la elaboración de lo vivido en ese tiempo “angustiante”, “hostil” y/o de “incertidumbre”:

“(…) se dio mucho en la pandemia, de poder encontrarnos virtualmente y encontrarte con caras que son conocidas, que te podías entre reír y al mismo tiempo hacer catarsis” (Caso Red zona norte_Taller 1).

“Desde la pandemia es un espacio bien de articulación de emergencia entre quienes estamos, quienes seguimos y seguíamos en los momentos más críticos (...) Ayudó con articulaciones para que lleguen cosas que se necesitaba como para limpieza, alimentación, pero también para sostenernos, darnos ánimo. Eso funcionó y mucho dentro del marco de la red” (Caso Red zona sur_Taller 2).

Las narrativas insisten en cómo la estrategia del trabajo en red redonda en prácticas de cuidado de otros, pero también, cuidado de sí o “autocuidado”:

“(…) Es re loco porque para mí participar en la red es parte de mis prácticas de autocuidado a nivel profesional, como el encontrarme con otros el poder ampliar la mirada a mí me hace mucho bien” (Caso Red zona norte_Entrevista a Alcira_trabajadora de la salud).

“La red lo que se puede dar es generar y desarrollar la capacidad auto reflexiva y auto crítica, optimización de la organización autogestora y un cambio en la subjetividad de las personas lo que implica cambios en la familia y el medio social, o sea, el efecto multiplicador alguien que está, después puede generar este efecto en el ámbito en el cual está entonces, tiene el multiplicador el efecto multiplicador” (Caso Red zona norte_Entrevista a Ana_trabajadora de la salud).

El foco en los cuidados de sí y de otros que insiste en las narrativas, conforma procesos protectivos que pueden incluir una amplia gama de actividades (trabajo mancomunado en equipo, reconocimiento recíproco de acciones y saberes, planificación conjunta, escucha, etc) que hacen énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales y en el cuidado como fundamento para la toma de decisiones. En esta línea es posible inferir cómo la estrategia de “armar red” para abordar las problemáticas complejas podría dar lugar simultáneamente a las políticas de cuidado de las personas, equipos y organizaciones que la integran. Pues la humanización e integralidad que propone esta perspectiva del cuidado favorece el desarrollo de estrategias colectivas para enfrentar creativamente el impacto del trabajo, lo que incide recursivamente en mejores prácticas y acceso a derechos de todas las personas que habitan en los territorios.

3.c. Exigibilidad de derechos desde las prácticas en red

Tal como saturan las narrativas en ambos casos de estudio, las redes intersectoriales en salud suponen diferentes instancias de construcción y acción colectiva que resultan connotadas como de “resistencia” frente a la fragmentación sociales y mercantilización de la vida que proponen las dinámicas neoliberales y a las lógicas de trabajo en “soledad” o “aislamiento” permeado en las instituciones:

“La red un espacio de resistencia ante avanzadas fragmentadoras y neoliberales es un espacio de resistencia, porque donde se intenta sembrar silencio y desinformación nosotras circulamos la palabra, nos comentamos cosas, entonces yo creo que es un espacio activo, de resistencia, aunque no se cuanta conciencia sé que tengamos de eso” (Caso Red zona norte_Entrevista a Alicia_trabajadora de la salud).

“Nuestra inserción en la red nos amplía la mirada para dejar de pensar y actuar en soledad (...) Es un desafío permanente que es poder encontrarnos en los puntos comunes, pero reconociendo la diferencia y abriendo a pensar un poco más allá de nuestro horizonte” (Caso Red zona sur_Entrevista a Juan_trabajador de la salud).

En tanto prácticas instituyentes de lo común, las acciones organizadas desde estos colectivos establecen modalidades creativas y novedosas para reestablecer el “lazo social” en un escenario signado por la merma en la “participación social” en los territorios e instituciones, el “individualismo” y la instalación de una “lógica de la sospecha y enfrentamiento con el vecino, el compañero”:

“(…) lo instituyente podría ser lo novedoso, eso, que se haya abierto un diálogo, que se haya sostenido en el tiempo de apoyo mutuo, de potencia, y que eso fortalece a cada institución” (Caso Red zona norte_Entrevista a Clara_trabajadora de la salud).

“(…) poner en valor como integrante y los espacios de red como espacios fundamentales para la práctica profesional y para generar praxis que apunte justamente a engrosar eso que vemos que está faltando, como ese lazo social, esos espacios comunitarios que son tan importantes” (Caso Red zona norte_Entrevista a Alicia_trabajadora de la salud).

Parte de esas prácticas instituyentes implica promover la visibilización de las problemáticas identificadas en un “más allá de las redes” a través de acciones de agencia territorial que construyen agenda pública:

“Todo ese proceso de urbanización (...) hemos ido, hemos apoyado a las compañeras que estaban ahí, hemos hecho actividades públicas para que se logre la modificación y urbanización del barrio” (Caso Red zona norte_Taller 1).

“Para hacer pública la cuestión del derecho al juego de los chicos y las chicas, hemos tomado la calle. Hemos y hacemos jornadas de juego callejero, en la calle porque

reclamamos que el espacio público tiene que ser un lugar seguro y con las condiciones para jugar” (Caso Red zona sur_Taller 2).

“Lo nuestro también es incentivar a través de distintas propuestas el compromiso ciudadano. No es tanto que se vea la red o que se conozca, sino que se instalen temas en el barrio, en las instituciones. Que lo vea el Gobierno de la Ciudad. Que lo vea que lo reclamamos todas las organizaciones como lo del polideportivo” (Caso Red zona sur_Taller 1).

La exigibilidad de derechos supone un proceso social y político con implicancias subjetivas. Es la capacidad singular y colectiva de reconocerse como portadores de derechos, de reclamar por su efectivización y construir agenda pública, excediendo los propios límites que los alcances de las redes plantean.

4. Discusiones y conclusiones

Si bien este trabajo recupera resultados parciales de un proyecto de investigación más amplio, es posible colegir aspectos de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado anclados en territorios urbanos históricamente segregados. En estos territorios en los que se organizan las redes intersectoriales en salud estudiadas como casos, se presentan problemas y necesidades emergentes en la actualidad pero que pueden vincularse con los propios orígenes de ambas en los años de 1990 y que dan cuenta de un modo de organización comunal visibilizado en ese entonces para dar respuestas a las necesidades locales en relación con el hábitat. En esos años, la propia Dabas (1999) refería a la importancia de comprender a las redes en salud como sistemas abiertos, lo que implica admitir el ingreso y el egreso de las singularidades que lo componen, así como también, la posibilidad de cambios en las funciones que éstas desempeñan.

En este sentido observamos cómo la continuidad de las mismas redes muestra en ambos casos una transformación en sus integrantes, objetivos y problemáticas que se reorientaron en los últimos años en torno a la salud comunitaria y que se potenciaron incluso con el uso de las tecnologías de la información y comunicación.

No obstante, el foco en la salud de la comunidad no implicó una mirada reduccionista acerca del objeto “salud” y el propósito de cada red. En consistencia con Breilh (2013) se lo connota como a un objeto multidimensional y complejo que permite pensar en diferentes aristas más allá de la dimensión biomédica, para incluir problemáticas como las violencias de género, los consumos de sustancias psicoactivas, la salud mental, los derechos vulnerados de las niñas y adolescentes que, al igual que se observó en estudios anteriores de este equipo (Longo, Lenta, Tortosa y Joskowicz, 2020; Lenta, Longo, Veloso y Zaldúa, 2021) se interpretaban en relación con los modos de vida de la población (Almeida-Filho, 2004) cada vez más precarizados, sobre todo, a partir de la pandemia del COVID-19. Pues, en consistencia con Fraser (2023) este contexto exacerbó la crisis de reproducción de la vida en función del capitalismo canibal que busca arrasar con las lógicas

colectivas de resistencia en territorios con históricas dinámicas depauperantes.

En este escenario de pandemia y pospandemia, las redes intersectoriales se presentan reinventadas a partir de las problemáticas en salud identificadas como “en común”. En el sentido de Dardot y Laval (2015), ante las políticas de cercamiento y captura individualizante de las prácticas sociales como lo son aquellas vinculadas a salud, se advierte cómo la organización colectiva puede jugar un papel relevante en su redefinición y preservación como bien común no comercializable. La red como un sistema de apertura permanente le brinda una capacidad de creación en constante movimiento favoreciendo estrategias de afrontamiento a los vaivenes que los procesos socio-históricos imponen.

La acción en red como estrategia implica la potenciación y sinergia de las prácticas de cada una de las instituciones u organizaciones que participan, la exigibilidad de derechos en la esfera pública mediante la construcción de agenda, pero también, opera en la consolidación de políticas de cuidado. Respecto de esto último, resulta significativo cómo, aun de modo impensado previamente para sus participantes, la estrategia de trabajo en red favorece espacios de encuentro y de elaboración de las afectaciones ante situaciones angustiantes o malestares vinculados al trabajo y al territorio. Esta relevancia del plano interpersonal y de los afectos se emparenta con la propuesta de la ética del cuidado. Según Gilligan (2013), recuperando los aportes de los feminismos, se trata de un enfoque ético que se centra en la importancia de las relaciones interpersonales, la empatía, la responsabilidad y la atención hacia las demás personas, poniendo en cuestión a los enfoques tradicionales que se basaban en principios abstractos y reglas universales de justicia y equidad.

Finalmente se destaca la función de las redes como escenario de agencia pues, como plantea Pardo (2011) y Rossi (2018) todo agenciamiento, en el sentido de Deleuze y Guattari, integra cuatro dimensiones: estados de cosas, enunciaciones, territorios y movimientos de desterritorialización por donde fluye el deseo. No se trata de una simple integración contingente de elementos sino de un complejo de fuerzas materiales y simbólicas que suponen dimensiones genealógicas. En el caso de las redes, esta integración de dimensiones constituye además el sustrato para el ejercicio político de la exigibilidad de derechos, es decir, la reconfiguración colectiva una nueva voz capaz de construir agenda y reclamar la justiciabilidad de los derechos del territorio, la comunidad y los propios actores participantes de la red.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, N.D. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 865-884.
- Almeida-Filho, N.D. (2022). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*, 17, e3748.
- Balcazar, F.E. (2003). Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en humanidades*, (7), 59-77.

- Becerra, F.N.P., & Movilla, E.E.A. (2020). Redes comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y el mantenimiento de la salud. *Salud y Sociedad Uptc*, 5(1), 33-43.
- Borde, E. (2017). *El territorio en la Salud Pública: Hacia una comprensión histórico-territorial de la determinación social de los procesos salud-enfermedad y las desigualdades en salud*. Tesis de Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Caffentzis, G. y Federici, S. (2019). Comunes contra y más allá del capitalismo. *El Apantle. Revista de estudios comunitarios*, 1, 51-72.
- Castaño-Aguirre, C.A., Bermúdez-Mejía, P.A. y García-Ordóñez, I.D. (2023). Percepciones, memorias e imágenes urbanas del centro de Armenia: cartografías colectivas y dispositivos interactivos como herramientas para el (re)conocimiento del territorio. *Revista KEPES* 20(27), 463-493.
- Cohen, N., & Gómez-Rojas, G. (2018). *Metodología de la investigación, ¿Para qué? La producción de los datos y los diseños*. Teseo-Red Latinoamericana de Metodología en Ciencias Sociales-CLACSO.
- Cueto, M. (2022). Covid-19, inequidad y necropolítica en Brasil; el primer año de la pandemia. *Andes*, 33(2), 389-410.
- Dabas, E. (1998). *Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Paidós.
- Dabas, E. (1999). Redes sociales: cómo construir la posibilidad de cambio. *Revista Regional de Trabajo Social*, 13.
- Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comps.) (1995). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós.
- De Angelis, M. (2019). *Revolución social y producción de lo común. Producir lo común. Entramados comunitarios y luchas por la vida*. Traficantes de Sueños.
- Fals Borda, O. (1999). Orígenes universales y retos actuales de la IAP. *Análisis político*, (38), 73-90.
- Flores, J. M., y Mora, E. (2022). Ética del cuidado y atención pública en salud mental: un estudio de caso en Barcelona. *Salud colectiva*, 17, e2966.
- Fraser, N. (2023). *Capitalismo caníbal*. Siglo XXI.
- Gállego-Diéguez, J., Train, P.A., Azagra, C.B.B., Franco, M.B., Gracia, E.F., Sarrate, J.R.I., ...& Urrutia, B.V. (2016). Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. *Gaceta Sanitaria*, 30, 55-62.
- García-Chueca, E. (2021). ¿Cómo avanzar hacia ciudades feministas después de la pandemia? *Crítica urbana*, 4(17), 1-4.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Gutiérrez Aguilar, R. y Trujillo, M.L.N. (2019). Producir lo común para sostener y transformar la vida: algunas reflexiones desde la clave de la interdependencia. *Confluencias. Revista Interdisciplinar de Sociología e Direito*, 21(2), 298-324.
- Haraway, D.J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Ed. Cátedra / Universitat de València / Instituto de la Mujer. <https://kolektivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/11/Haraway-Donna-ciencia-cyborgs-y-mujeres.pdf>
- Laval, C. y Dardot, P. (2015). *Común: ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Gedisa.
- Lenta, M.M., Longo, R.G., & Zaldúa, G. (2018). Interrupción Legal del Embarazo: nudos críticos de las intervenciones de psicólogos/os en Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva. *Anuario de Investigaciones*, 25, 95-104.
- Lenta, M.M., Longo, R.G., Zaldúa, G., & Veloso, V. (2020). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de investigaciones*, 27, 147-154.
- Longo, R., Lenta, M.M., Joskowicz, A., & Tortosa, P. (2020). Equipos de salud: entre la precarización y el reconocimiento. Zaldúa, G. y Bottinelli, M. (Comp.) *Territorios, equipos y narrativas en situación*. Teseo.
- Luneke, A., Rasse, A. & Ugalde, I. (2021). In-movilidades del cuidado: espacios y prácticas generizadas en territorios urbanos segregados. *ARQ (Santiago)*, (109), 38-49.
- Martínez, C. (2017) El método de caso extendido, de la escuela de Manchester a la Antropología global. *Revista de Antropología del Museo de Entre Ríos*, 3(1), 1-13. <http://hdl.handle.net/11336/73544>
- Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C.M., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva*, 8(1), 25-34.
- Minayo, M.C.D.S. (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 13, 561-575.
- Najmanovich, D. (2008). *Mirar con otros ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Biblos.
- Navarro Trujillo, M.L. (2015). *Luchas por lo común. Antagonismo social contra el despojo capitalista de los bienes naturales en México*. BUAP y Bajo Tierra Ediciones.
- Pardo, J.L. (2011). *El cuerpo sin órganos*. Pretextos.
- Perea, C.D. (2006). El trabajo en red como fuente de aprendizaje: posibilidades y límites para la creación de conocimiento. Una visión crítica. *Educación*, 37, 11-24.
- Rimoldi, E., Bernat, M.S., Barrenegoa, P., Malleville, S., Fonseca, M., Moreno, J.E., ... & Gorza, A. (2021). Experiencias en Red: Enseñanzas de los procesos de organización comunitaria durante la pandemia en barrios de Tolosa y Ringuet para fortalecer el sistema de salud. *Question/Cuestión*, 3(70), E598-E598.
- Ríos, A.M.G. (2015). Redes sociales en el trabajo social. Apuntes para la praxis profesional. *Revista Eleuthera*, 12, 181-196.
- Rossi, S.L. (2018). Agenciamientos en las sociedades de control. *Cultura-hombre-sociedad*, 28(1), 177-206.
- Yin, R. (1994). Discovering the future of the case study. Method in evaluation research. *Evaluation Practice*, 15(3), 283-290. [https://doi.org/10.1016/0886-1633\(94\)90023-X](https://doi.org/10.1016/0886-1633(94)90023-X)

Fecha de recepción: 31 de agosto de 2023
Fecha de aceptación: 31 de octubre de 2023