

MICROPOLÍTICA DEL TRABAJO EN SALUD: teoría, métodos y aplicaciones

Coordinación:

Emerson Elias Merhy



Editora Rede UNIDA ofrece una colección digital de **acceso abierto** de más de 200 obras. Estas publicaciones son relevantes para el trabajo en educación y salud. Hay autores clásicos y nuevos, con acceso libre a las publicaciones. Los costes de mantenimiento son cubiertos conjuntamente por socios y donaciones.

Para la sostenibilidad de la **Editorial Rede UNIDA**, necesitamos donativos. ¡Ayude a mantener la editorial! Participe en la campaña de crowdfunding "**e-Libro, e-Libre**".

Visita la página y haz tu donativo
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>

Con su colaboración, seguiremos compartiendo conocimientos y lanzando nuevos autores para fortalecer la educación y el trabajo en el **SUS**, y defender la vida de todos. Acceda a la Biblioteca Digital de la Editorial Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

Y recuerde: comparta los enlaces a las publicaciones, no los archivos. Actualizamos la colección con versiones corregidas y actualizadas y nuestro contador de accesos es el marcador de impacto de la editorial. Ayuda a correr la voz.

editora.redeunida.org.br



COORDINACIÓN
Emerson Elias Merhy

Serie Salud & Centroamérica

Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones

1ª Edição
Porto Alegre /Brasil; Managua/Nicaragua



Editora Rede Unida, Brasil; UNICA, Nicaragua.



Coordinador general de la Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordinación Editorial

Editor jefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores asociados: **Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Silva, Ricardo Burg Ceccim.**

Consejo Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luíza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vanessa Iribarem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comité Ejecutivo Editorial

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri, Camila Fontana Roman.

Diagramación

Lucia Pouchain

Arte de la Capilla

Márcio Mariath Belloc

La Serie Editorial "Salud & Centroamérica", del Editora Rede Unida es una colección que publica libros en formato autoral o colecciones temáticas con producciones técnico-científicas, predominantemente provenientes de reflexiones, análisis e investigaciones sobre sistemas y redes de salud, políticas públicas y la educación en salud, que tienen gran capacidad de representar la perspectiva de los actores de la vida cotidiana de los sistemas locales de salud y educación. Esta iniciativa tiene como objetivo central compartir las reflexiones realizadas por los diferentes actores de la vida cotidiana que, al mismo tiempo, busca estimular la producción de análisis desde la micropolítica del trabajo con personas experimentadas en la investigación y la docencia y de nueva autoría, desde personas vinculadas a los sistemas y servicios de salud y educación, desde la cooperación técnica y las redes de colaboración realizadas con participación centroamericana.

La tradición de la Editora Rede Unida de divulgación científica desde las redes de cooperación territorial se expresa, una vez más, en la creación de una serie que busca ampliar el diálogo en el territorio centroamericano que, como en la historia de la salud pública y la organización de las redes de cooperación en salud y educación, tiene una producción relevante. La expresión Centroamérica tiene aquí menos la pretensión de precisión geográfica y más la dimensión cultural y las redes de cooperación que se originan en el territorio. La Serie Editorial Salud & Centroamérica surge como parte del fortalecimiento de competencias y capacidades institucionales, técnicas y académicas, en consonancia con la Resolución CD56/10 de la OPS/OMS sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018–2023, que impulsa la articulación con el sector educativo para responder a las transformaciones de los sistemas de salud. Esta red multiactor se alinea con los principios de la Política de Centros Cooperantes de BIREME, promoviendo la producción científica, el acceso abierto y la visibilidad de experiencias relevantes para la salud pública en los diferentes países de la Región de las Américas.

La coordinación editorial de la serie será ejercida por: • **Alcindo Antônio Ferla**, Editora Rede Unida; • **Alexandre Ramos-Florêncio**, Assessor Sistema e Serviços de Saúde – OPAS; • **Carlos Arroyo**, Pró-reitor de Pós-Graduação da Universidade Católica da Nicaragua; • **Francisco Hiram Otero Pravia** (decano de la Facultad de Medicina de la UNICA); • **Károl Veiga Cabral**, Professora da Universidade Federal do Pará; • **Lisiane Boer Possa**, Professora e Pesquisadora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); • **Miguel Orozco Valladares**, coordenador do núcleo Centro-americano da Rede Unida.

Las opiniones, análisis y conclusiones expresadas en este material son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las políticas, criterios o posiciones oficiales de la OPS/OMS y demás instituciones involucradas.

M619

Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones/ Organizador: Emerson Elias Merhy – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: UNICA, 2023.

151 p. (Série Salud & Centroamérica, v.3).

E-book: 2.30 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-054-3

DOI: 10.18310/9786554620543

1. Saúde Pública. 2. Política de Saúde. 3. Gestão em saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 31

CDU 614.2

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

Micropolítica del trabajo en salud: *contrabando* de ideas para explotar los pensamientos sobre la salud y para hacer las prácticas más intensas.....9
Luciano Bezerra Gomes, Júlio Cesar Schweickardt, Ricardo Burg Ceccim, Lisiane Boer Possa, Teresinha Heck Weiller, Alexandre Ramos-Florencio, Alcindo Antônio Ferla

Salud colectiva, posestructuralismo y redes vivas de existencia: caminos de pensar nuestro tiempo 23
Emerson Elias Merhy

Multitud: esfinge de la salud pública, lugar de inflexión, ideas de bien común..... 35
Emerson Elias Merhy

La Máquina de guerra capitalista en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal y lo privado y lo común..... 51
Celia Iriart, Emerson Elias Merhy

La organización no existe. La organización existe: una conversación sobre la micropolítica del trabajo, la educación permanente y el análisis institucional 72
Emerson Elias Merhy

Los anormales del deseo: ¿los nuevos no humanos? Señales que vienen de la vida cotidiana y de la calle..... 87
Emerson Elias Merhy

La centralidad de la atención especializada y la rehabilitación en el cuidado de las personas con discapacidad: un paquete de intervención sobre los cuerpos 96
Débora Cristina Bertussi, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Nathália Silva Fontana Rosa, Ane Milena Macêdo de Castro, Jackeline Souza da Silva, Lohanna Chrystina dos Santos Antunes de Macedo, Emerson Elias Merhy

Personas con discapacidad: cuerpos políticos e insurgentes, existencias singulares..... **112**
Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Nathalia Silva Fontana Rosa, Débora Cristina Bertussi, Karla Santa Cruz Coelho, Emerson Elias Merhy

Mapas y flujos de la micropolítica del cuidado a la salud de las personas con discapacidades en la red de Campo Grande - MS: red formal, invisible y existencial **117**
Nathália Silva Fontana Rosa, Débora Cristina Bertussi, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Ane Milena Macêdo de Castro, Jackeline Souza da Silva, Lohanna Chrystina dos Santos Antunes de Macedo, Emerson Elias Merhy

Educación permanente en movimiento - una política de reconocimiento y cooperación, activando los encuentros del cotidianos en el mundo del trabajo en la salud, preguntas para gestores, trabajadores y quien quiera verse en ella **136**
Emerson Elias Merhy

Sobre Autores y Autoras **147**

Micropolítica del trabajo en salud: *contrabando* de ideas para explotar los pensamientos sobre la salud y para hacer las prácticas más intensas

Luciano Bezerra Gomes
Júlio Cesar Schweickardt
Ricardo Burg Ceccim
Lisiane Boer Possa
Teresinha Heck Weiller
Alexandre Ramos-Florencio
Alcindo Antônio Ferla

Introducción

Presentar la colección de textos que compone esta colectánea es una tarea placentera y muy relevante. Además de todo porque más que investigadores de la salud, somos sanitaristas atravesados por la producción del Prof. Emerson Merhy y, inevitable confesar, muy conectados con las ideas que nos presentó para el análisis del trabajo, de servicios, redes y de sistemas de salud. Agradecemos a los coordinadores de la serie **Salud & Centroamerica** por esta tarea.

Este libro, como los demás que constituyen la serie, tiene la función de compartir pensamientos, conceptos e iniciativas que, producidos en diferentes territorios, tengan la capacidad de fortalecer la salud y la educación en salud, produciendo una red de personas e instituciones que se conectan de modo *translocal*. La Serie Editorial se asoció con la “*Red Internacional de Enseñanza e Investigación sobre Educación y Trabajo en Sistemas y Servicios de Salud (RED SALUD UNICA)*”, involucrando a la Universidad Católica Redemptoris Mater, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el núcleo centroamericano de la *Associação Rede Unida*. No solo las instituciones mencionadas, sino también una enorme cantidad de puntos de conexión en varios países y continentes. La Red SALUD UNICA apoya y genera iniciativas internacionales de desarrollo del trabajo, formación de trabajadores, educación en la salud, análisis comparado de sistemas, servicios y redes y tantas ideas e iniciativas que puedan dar fuerza a sistemas

universales de salud, a la integralidad en la salud, a la emancipación de los pueblos y a para la transición del ciclo civilizatorios en lo que nos encontramos. En este sentido, la Red y la Serie Editorial se conectan también con los Cursos de Maestría y Doctorado en Salud Pública desarrollados de forma colaborativa en la UNICA. Son cursos que nasceran con características de una red internacional, buscando asociar ideas e iniciativas originadas en diversas localidades más que tienen potencia de conexión.

Los textos que están tratados aquí fueron elegidos por el Prof. Merhy, que inauguro la base epistémica de lo que denominamos análisis micropolítica del trabajo en salud, fueran traducidos y revisado, siendo que su traducción fue adaptada en términos lingüísticos y con el añadido de algunas notas de traducción ([NT]) para la contextualización. Las experiencias, los conocimientos y las tecnologías sólo pueden conectarse con otros contextos distintos al que se han desarrolladas con prácticas de diálogo, de lo contrario tienden al colonialismo como fuerza constituyente. Pero, comprendiendo las experiencias producidas en contextos diferentes, lo que se hace es intercambiar tecnologías (conocimientos, metodologías, conceptos) que pueden sin, de esta forma, transversalizar el pensamiento y las prácticas en otros contextos. Transversalizar lo pensamiento y las acciones con otros conceptos, teorías y prácticas, puede producir cambios en los contextos y en los modos de hacer, por medio del aprendizaje. Esta es precisamente la propuesta de los libros de la Serie y de las estrategias de cooperación que estamos emprendiendo.

Las producciones aquí reunidas sobre la micropolítica del trabajo en salud, que, como dijimos, tienen un origen en su autor principal y en sus redes de colaboración, aportan a la idea de la producción de redes de prácticas y pensamientos *translocales* un conjunto fuerte de características bastante especiales. Por un lado, como tratamos de asentar con la expresión “contrabando”, ya en el título, tienen una característica fuerte de inter y transdisciplinariedad, cuando conceptos y teorías no son naturalizadas desde su base epistémica original, sino que son puestos a dialogar con cuestiones teóricas y prácticas del cotidiano. El valor que se espera de ellas es que se muestren capaces de provocar movimientos productivos, que movilicen el pensamiento y las acciones para platós más intensos de producción de salud. En esa dirección, ¡Merhy es un *contrabandista* fantástico! Hay una artesanía muy precisa (no un empirismo, tal como la ciencia en la antigua Grecia), que combina de forma densa las bases de su episteme. Para la episteme de la salud colectiva, campo de saberes y prácticas que se costura con diferentes saberes para introducir lo social en la salud, la artesanía sorprende con hibridaciones y composiciones en diálogo con la vida cotidiana, cosiendo la alegría del vivir.

Emerson Merhy: un “*contrabandista de ideas*” que constituyen en el campo de la Salud Colectiva

La expresión *contrabandista de ideas* es para expresar una de las cualidades del profesor Emerson Merhy, el autor y pensador que trae al debate de la salud colectiva ideas de la antropología, de la filosofía, de la sociología, de la ciencia política, de las artes y del mundo de la calle (no se puede olvidar del circo, conexión que se establece a partir de su intensa y amorosa relación con la profesora Ermínia Silva – Mina, que hace transbordar lo pensamiento de todos nosotros). Estos “contrabandos” dan un carácter fuertemente autoral e innovador a sus ideas, conceptos, proyectos y enfoques de investigación.

Los textos reunidos en este libro presentan algunas reflexiones y producciones de profesor en textos individuales y con colaboradores sobre diferentes temas de la salud colectiva. Si la Salud Colectiva es un campo de saberes y prácticas desarrollado por intelectuales de la salud en Brasil y otros países de las Américas que modificó el concepto de Salud Pública, la contribución de Merhy es sumamente importante y pasó a formar parte de la vida de los servicios de salud y se incorporó a la gestión de las acciones de esos servicios. Principalmente desde los años ochenta y los noventa pasaron a formar parte de los estudios y proyectos do autor los conceptos de “*trabajo vivo en acto*”, de “*tecnologías duras, blandas-duras y blandas*” e de “*usuarios-guía*”. Conceptos que pasaron a formar parte de los estudios sobre trabajo, análisis del trabajo y procesos de equipo en salud. Su libro “Salud: cartografía del trabajo vivo” (Merhy, 2021) se ha convertido en un referente en Salud Colectiva.

En su crítica aguda a la tecnificación del trabajo, Merhy nos lembra, insistentemente, que el objeto del campo de la salud es la producción del cuidado. Pero a lo largo de los últimos siglos, las prácticas sanitarias se han fortalecido como técnicas asistenciales con hegemonía del modo de actuar del médico. Esta comprensión, en gran medida, estuvo en la base del nacimiento de la salud colectiva brasileña, que dedicó un importante esfuerzo a producir conocimiento para comprender las especificidades de la profesión médica entre las décadas de 1970 y 1990, así como para libertar de ese paradigma el pensamiento sobre la salud de ellas. Algunos de sus contemporáneos se dedicaron a análisis más descriptivos del mercado de trabajo médico, así como de las consecuencias para su desempeño profesional y para sus relaciones político-institucionales con el Estado (Donnangelo, 1975); otros estudios, de carácter más teórico, basados principalmente en perspectivas marxistas estructuralistas, intentaron delimitar el papel macroeconómico estructural que estos profesionales desarrollarían en la sociedad capitalista; algunos estudios contribuyeron a una crítica de diferentes movimientos

que se desencadenaron en un intento de actualizar la práctica médica o de romper con las racionalidades sobre las cuáles está tradicionalmente basada (Luz, 2004, 2013, Arouca, 2003, Mendes-Gonçalves, 1979; 1994, 2017, Donnangelo, & Pereira, 1976); otros trabajos intentaron comprender las transformaciones ocurridas en la práctica médica cotidiana y en las relaciones de saber-poder, correlacionándolas con las modificaciones en la organización de los servicios de salud y con los intereses del capital (Schraiber, 1993, Campos, 1988, 2006, Merhy, 2014); aún, hubo estudios sobre la formación médica y sus estrategias de mantenimiento o transformación de la lógica actual de la práctica medicocéntrica (Schraiber, 1989).

Estas producciones proporcionaron importantes bases para una comprensión ampliada de las especificidades de la salud como campo y activaron importantes experimentos sobre nuevas formas de organizar los servicios sanitarios, permitiendo extrapolar las reflexiones generadas mucho más allá de la actuación de la categoría médica o de la razón biomédica, propia de la medicina occidental moderna. En este movimiento de expansión de las reflexiones iniciales de la salud colectiva al conjunto de las profesiones en sus prácticas de salud, tuvo un papel central la formulación de la teoría del proceso de trabajo en salud elaborada por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979, 1994), que se resumirá brevemente a continuación. De forma muy resumida, traemos algunas de las conclusiones centrales del trabajo de este autor: el trabajo médico reproduce inexorablemente los intereses de las clases dominantes; toma como tecnología estructurante el conocimiento clínico, considerado como necesariamente individual y basado en la biología y la fisiología; es regulado por la epidemiología, que identifica necesidades y estructura tecnologías de intervención basadas en poblaciones o agrupamientos humanos; el proceso de trabajo necesita ser guiado por relaciones técnicas de supervisión capaces de controlar las decisiones individuales de los profesionales. A partir de estas premisas, la propuesta de Acciones Programáticas en Salud se formula como una alternativa para estructurar el trabajo médico (Mendes-Gonçalves, Schraiber, & Nemes, 1993). Las acciones programáticas se estructuran en la epidemiología clínica, y lo fundamental en esta propuesta serían las ofertas programadas y validadas de acuerdo con tecnologías epidemiológicamente validadas para identificar las necesidades e intervenir sobre ellas, siendo la asistencia médica sólo una tecnología más utilizada para operar el cuidado de la salud de la población, sometiéndose, en última instancia, a las definiciones clínico-epidemiológicas.

Una fuerte crítica a las bases de ese pensamiento y formulaciones se puede encontrar en la producción de Gastão Wagner de Sousa Campos, otra referencia importante entre los autores que disputaron las

formulaciones sobre el proceso de trabajo en salud en fines de los años ochenta y la década de 1990. Este autor desenvuelve, entre otros aspectos, la lectura crítica de que la planificación (programación) apoyada por la clínica pueda orientar normas más eficaces que las apoyadas por la clínica, rechaza la oposición entre cuidados individuales y salud pública, y que las acciones programáticas puedan establecer una cierta supremacía de lo poblacional sobre las posibilidades nocivas de la clínica. Campos (1991) considera que una reforma médico-sanitaria debe trabajar en una transformación total de la clínica, en la que debe incorporar procesos de trabajo individuales y colectivos en la rutina diaria. Este autor desarrolla diversos análisis y críticas a las formas *tayloristas* (Campos, 1998, 2000) de organizar el trabajo en salud, sugiriendo nuevos arreglos organizacionales, basados en la cogestión de colectivos, así como proponiendo una intensa reconstrucción del conocimiento que es la base del trabajo en salud, proponiendo el desarrollo de una clínica ampliada (Campos, 2002). Campos (2003) enfatiza la necesidad de reformular el objeto de saber e intervención de la clínica, que más allá de la enfermedad agregaría dialécticamente al sujeto y su contexto como objetos.

Reconocemos en estos autores numerosos aportes al campo de la salud, desde sus propias formulaciones y otras que se basan en sus producciones; comprendemos las diferencias relevantes que existen entre estas proposiciones; asimismo, conocemos la intensa apuesta por las disputas políticas que estos formuladores identifican como necesarias para reestructurar el trabajo en salud. Sin embargo, consideramos que ambos caminos terminan apostando a una reestructuración de las prácticas sanitarias a partir de una disputa que intenta validar y legitimar en el campo de la ciencia. Aun reconociendo las limitaciones y la parcialidad de cualquier conocimiento, estas propuestas se centran en la reestructuración de las relaciones entre los conocimientos producidos en el ámbito científico, una nueva reconfiguración entre las estrategias que producen verdades, aunque sean verdades reconocidamente parciales.

Un camino igualmente radical de formulación de alternativas para la organización del trabajo en salud, pero sustentado en otras bases, fue el desarrollado por Emerson Elias Merhy, al proponer que la centralidad del trabajo en salud tiene lugar a partir de la producción del cuidado. Y lo hace a través de un enfoque original, al llevar al centro de su formulación el concepto de micropolítica, que hasta entonces no era un operador conceptual relevante en salud colectiva. Su producción estuvo, originalmente, conectada con ese ciclo de autores en este período. Una dificultad inicial para entender el concepto de micropolítica del trabajo en salud se debe no sólo a su complejidad, sino al hecho de que sus principales formuladores optaron por no ofrecer una noción didácticamente bien delineada, en la línea de: “por micropolítica se

entiende...”. Esto plantea el reto de captar el concepto en su funcionamiento, en su demostración, en sus reverberaciones, en sus aplicaciones, en su interferencia en el mundo. Del mismo modo, en gran parte de la producción de Emerson Merhy utiliza como herramientas conceptuales (“caja de herramientas”) y las despliega para dar usos originales a conceptos formulados por autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Antonio Negri, entre otros. En su modo de producir *en contrabando*, lo hace de forma tal que uno no pueda leer sin estar convocado a pensar densamente sobre lo que está diciendo. Al hacerlo, forma una tal densidad que no si pode leerlo sin estar convocado a la diferencia, el pensamiento debe moverse, salir del su punto previo de equilibrio.

Sin pretender una simplificación en unas pocas líneas do que se ha producido a partir de estas intersecciones, que ciertamente deformaría la comprensión do que ellos hablan, la intención de este prefacio es introducir a los lectores en este atrevido camino, para que puedan acceder con mejor capacidad de tránsito a los textos que componen esta colección.

Merhy parte inicialmente del análisis que Karl Marx hace del trabajo en el Libro 1 de O Capital (Marx, 2013). En particular, recurre a las nociones de que: la relación hombre/mundo es de producción mutua, en la que el trabajo producido por el hombre también le produce a él; en el trabajo humano, una construcción mental precede al propio proceso de trabajo, relacionando un determinado interés con el desarrollo de cierto trabajo; todos los elementos relacionados con el proceso de trabajo se construyen históricamente. A partir de ahí, moviliza los conceptos de **trabajo muerto**, que engloba todos los productos-medios que son fruto del trabajo humano previo y se utilizan como herramientas o materias primas, y **trabajo vivo**, el **trabajo en acto, creativo, deseante**. Para Merhy, estos componentes están presentes en el trabajo en salud de manera diferente a otros sectores, ya que existe una centralidad del trabajo vivo en la producción del encuentro entre el trabajador y el usuario en el ámbito de los cuidados en salud, que no puede ser captada en su totalidad por el trabajo muerto (Merhy, 2002a), bajo pena de empobrecer lo cuidado y, con el trabajo enajenado, producir sufrimiento y frustración en el trabajador. Para manejar el análisis de esta dinámica, era necesario que desarrolló una nueva forma de pensar, entonces, el concepto de tecnologías de la salud, para permitir el análisis que entienden esta centralidad del **trabajo vivo en acto**. El trabajo en salud supone un componente de trabajo previo incorporado a dispositivos que pueden sustituir a la mano humana o incluso la presencia, pero fundamentalmente transcurre en presencia, con un fuerte componente afectivo (interacción, comunicación, aprendizaje, tacto, sensibilidad...).

Emerson Merhy, por lo tanto, rescata la formulación de Mendes-Gonçalves (1994) que amplió el concepto de tecnología para abordar también el conocimiento tecnológico, y propone una nueva conceptualización para las tecnologías involucradas en el trabajo en salud, proponiendo una tipología de naturalezas tecnológicas para el trabajo en salud. Luego pasa a denominar como **tecnologías blandas** a las tecnologías de las relaciones involucradas en la producción del vínculo, de la acogida, de escucha y conversación, así como la gestión como forma de gobernar los procesos de trabajo; por **tecnologías blandas-duras**, los conocimientos bien estructurados que operan en el proceso de trabajo en salud, como la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, las directrices clínicas; y por **tecnologías duras**, los equipamientos tecnológicos como las máquinas, las normas, las estructuras de gobierno fijadas en organogramas (Merhy, 2002b). Para fines didácticos, Merhy propone una imagen que da visibilidad a las diferentes naturalezas tecnológicas: una *valija de mano* o *maletin*, como aquella utilizada por los médicos más antiguos, que acomodaría las tecnologías duras en la escena del cuidado (los equipos tecnológicos); una *valija de la cabeza* acomodaría las tecnologías blandas-duras, como conocimiento estructurado; y una *valija del corazón* acomodaría las tecnologías blandas, producidas en los encuentros profesional y usuario, entre profesionales, con otras “cosas” que se presenten en la escena del trabajo. A partir de esta formulación, Merhy trata de profundizar en la comprensión de la organización del trabajo en salud. Los estudios de la micropolítica del trabajo y las metodologías para hacerlo siempre buscaran comprender en cada escena de trabajo real como es la composición tecnológica (qua es el *quantum* de cada naturaleza tecnológica que lo compone) y con que naturaleza de tecnologías se hace esta composición (como ejemplo, se son los protocolos/tecnologías que se sobreponen siempre en la gestión del trabajo o se existe espacio para composiciones con base en la relación de encuentro que se establece en el escenario onde se realiza el trabajo).

Otra observación relevante en la teoría de Merhy (1997, 2002b) es que, mientras que en diversos tipos de trabajo la relación producción/consumo está mediada por el mercado (a través de la relación de diversos productos con valores de uso e intercambio), en la salud esa intersección se produce de forma inmediata, con producción y consumo simultáneos en el acto de vivir el trabajo. Recurre al concepto deleuziano de intercesor (Deleuze, 1992), concibiendo como trabajo intercesor el actuar en salud, que produce acciones de salud con valor de uso en la producción de formas más autónomas de andar la vida.

La producción del cuidado en los servicios sanitarios pasa a ocupar un lugar central en esta comprensión de las formas de organización del trabajo en salud. Merhy (2003) identifica, por lo tanto, que el

trabajo en salud produce actos de salud, tales como la acogida de las personas, procedimientos individuales y colectivos etc.; estos actos promueven una intervención en forma de cuidados individuales y colectivos que intentan producir como resultado la curación, la promoción o la prevención que conducen a un impacto en las necesidades de salud de los usuarios. Esta producción de cuidados presenta así una dimensión asistencial común a todos los profesionales y también una dimensión específica de cada profesional.

En los servicios de salud, entonces, para producir el cuidado, es necesario articular tres tipos simultáneos de producción: la producción de insumos, que desarrolla un cierto modo **estructurado** de producción burocrático-administrativa y logística; la producción de procedimientos profesionales, un modo **cuasi-estructurado** de producción de procedimientos de salud; y la producción de la dimensión del cuidado, un encuentro matricial de esos procesos con la producción de cuidado de salud, **esencialmente en acto** y cuasi estructurada, o incluso no estructurada (Merhy, 2002b).

Merhy (2002b) identifica que los servicios, hegemónicamente, operan a partir de problemas específicos, dentro de la lógica del modelo neoliberal de profesiones, que subordina la dimensión del cuidado a dimensiones profesionales específicas, con el saber médico como central, empobreciendo los núcleos profesionales específicos de otros trabajadores de la salud, incluso en sus dimensiones cuidadoras. Para superar esta situación, la dimensión del cuidado debe tener la centralidad en el trabajo de salud, y es necesario que el trabajo vivo, orientado por tecnologías blandas y blandas-duras, organice los diferentes procesos productivos fundamentales para la construcción de un trabajo intercesor que produzca autonomía.

El cuidado es el resultado de un proceso relacional entre individuos, que se construye en el encuentro trabajador/usuario, donde opera una micropolítica de encuentros, en la que operan y disputan lógicas diferentes y muchas veces contradictorias. Para comprender la dinámica de esta producción de cuidados, un concepto pertinente es el de autopoiesis, que designa el movimiento de la vida que produce más vida (Merhy, 2007a). Sin embargo, este proceso autopoietico debe comprenderse en sus dimensiones molar y molecular. Para ello, Merhy (2007b) recuerda la producción conceptual de Félix Guattari, en su libro *Las tres ecologías*, en el que este autor analiza las formas de producción de una *subjetivación capitalista* en el territorio del deseo, delimitando en este espacio toda producción que construye la vida de unos con la producción de muerte de otros, operando a través de relaciones sociales, ambientales e intersubjetivas de carácter depredador. A partir de ahí, Merhy propone la estructuración de un componente anticapitalístico como parte relevante de los procesos ético-políticos de cambio social. Para Merhy:

este componente anticapitalístico sería la posible identificación de la existencia de formas de actuar y realizar acciones sociales que contemplen el disparo y lo agenciamiento de nuevas posibilidades subjetivas en colectivos sociales, implicados con los procesos de producción de la vida, sin restricciones, en sus singularidades existenciales como no amenazantes a la posibilidad de otras formas de existir distintas de las propias. Sería, entonces, un posible indicador de un nuevo paradigma ético-estético para un devenir de las nuevas formas de vida, que implicaría no sólo el fin de los actos predatorios contra las formas actuales, sino la construcción de formas de vida guiadas por relaciones solidarias y vivificantes de formas de ser, en las cuales las diferencias serían expresiones de vitalidad deseante y no amenazas. En la que la única ética sería actuar en la dirección de favorecer la autopoiesis de vivir solidariamente en las diferencias individuales y colectivas (Merhy, 2007b, p. 5).

Este marco conceptual denso y extremadamente original para el debate sobre la salud, elaborado en un período de tiempo relativamente corto, entre la primera mitad de la década de 1990 y mediados de la década de 2000, produjo importantes cambios en la salud colectiva brasileña. Por un lado, abrió la posibilidad de plantear nuevas preguntas a los investigadores y, por otro, sirvió de base para formular nuevas disposiciones organizativas de los servicios y las políticas públicas pertinentes, tanto a escala local como nacional en Brasil. Varios autores se acercaron a esta perspectiva y cambiaron sus formas de pensar y producir; otros se formaron en torno a esta matriz y fueron elaborando sus concepciones cada vez más profundamente, explorando tales caminos abiertos por Emerson Merhy; también, no fueron pocas las líneas que rechazaron esta línea de elaboración, ya que exige importantes transformaciones en términos teóricos, metodológicos y técnicos y, por lo tanto, desplaza relaciones de poder cuyos integrantes, no siempre, ven con buenos ojos tales desplazamientos. El hecho es que, independientemente de la posición que se adopte a partir de las formulaciones desarrolladas desde la micropolítica del trabajo sanitario, se trata de una importante oportunidad para limpiar lo que se ha consolidado en la forma en que hemos venido pensando la salud a la luz de estas nociones. Incluso si, al final, uno no se convierte en un fan de esta “corriente de pensamiento”, uno está seguro de que una oxigenación de las teorías y prácticas puede salir como un efecto para las personas que están dispuestas a hacer esta trayectoria de encuentro con este autor.

Por último, y no menos importante, más que un marco conceptual cerrado y rígido, que necesariamente envejecería con más o menos tiempo, lo que Emerson Merhy provocó y ha venido sosteniendo fue un movimiento, personal y colectivo, de innovación y renovación continuas. Así que hago una última observación: para los lectores que nunca han accedido a sus ideas, este prefacio puede ayudarles a introducirse en este

otro mundo que las lentes que nos ofrece Emerson nos permiten vislumbrar, pero prepárense, en los textos siguientes, a ver menos reafirmaciones de estas concepciones (compartidas aquí como un primer empujón en la bicicleta para quienes quieran empezar a montarlas) y más nuevas posibilidades de caminos que este autor ha explorado. Para que también nosotros fortalezcamos nuestro coraje para hacer algo que ha sido tan necesario como raro: pensar por nosotros mismos, sobre el mundo en el que estamos y ser capaces de transformarlo. Entra feliz y sonriente en ese baile y produce tus nuevos pasos de baile.

Enfoques metodológicos y contribuciones de los capítulos del libro a la investigación en salud

El campo de la salud tiene sus disputas políticas por la hegemonía del poder, como bien reflexionó el sociólogo Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1996). Un campo siempre es una arena donde entran en disputa los discursos y las prácticas en torno a una determinada área del conocimiento, que buscan hegemonía o un espacio en las relaciones de poder. En ese sentido, Merhy nos presenta la idea de que el trabajo en salud está envuelto en poder, pero no solo el poder de Estado, del gobernante o del gerente, sino aquél que está en las relaciones; el poder é ejercido en las relaciones, como nos encontramos entre trabajadores y usuarios de los servicios, trabajadores de distintas profesiones, y los otros actores que están en las escenas onde el trabajo se realiza. Por eso nos trae la noción de micropolítica de la gestión y del cuidado en salud que son operadas en las relaciones con los usuarios, trabajadores y gestores, que se entrecruzan en las narrativas y en los encuentros producidos en la salud. Así, las disputas por el cuidado son constituidas por acciones micropolíticas, como las denomina Merhy, cuando la gestión del cuidado es un proceso permanente de negociación entre usuario-trabajadores-gestores. Es esta precisamente el énfasis que el análisis micropolítica busca en las escenas de cuidado, como se observa en los capítulos que están sistematizados en este libro.

De esa forma, la gestión micropolítica del cuidado es mediada por encuentros que ocurren, sea en el consultorio médico, en el hospital, en la comunidad, en la aldea, en la calle y en las plazas. Es decir, en cualquier lugar donde se realizan encuentros para producir el cuidado en salud. La micropolítica del cuidado considera que los aspectos culturales, las características de los territorios y las subjetividades forman parte de las estrategias de diálogo y negociación. Así, hay un componente intercultural presente en todas las relaciones de cuidado, que dialogan con diferentes perspectivas y vistas (“todo punto de vista es una vista del campo”), ideas que Emerson trae de la antropología de Eduardo Viveiros de Castro (2002a,

2002b) más específicamente del “perspectivismo”. Emerson discute las relaciones de poder en la salud pública, especialmente cuando se trata de multitudes en detrimento de los individuos. Multitud es diferente de masa o rebaño, la multitud nunca es de iguales, es siempre de diferentes. La “multitud” se convierte en categoría de investigación, especialmente cuando se asocia con el enfoque de búsqueda del usuario-guía, siendo que un caso puede ser comprendido con un caso-multitud.

Cuando Emerson y Celia señalan el problema de covid-19, muestran que la sociedad capitalista tiene intereses en la acumulación de capital y en el desarrollo de políticas de salud universales y equitativas. Del mismo modo, gobiernos autoritarios, como el de Bolsonaro, en Brasil y Trump en los EEUU, actuaron de modo a ignorar las dinámicas locales y territoriales, actuando a partir de premisas sanitarias generales de control sobre los lugares y la vida de las personas, no importando quiénes o cuantos irían a morir. Esto es evidente en la gestión de grandes eventos en las ciudades, que realiza la gestión urbana y territorial de forma vertical y autoritaria. Por otro lado, las ciudades están marcadas por la presencia de diferentes grupos sociales en lugares públicos como plazas, calles, playas que transitan entre espacios públicos y privados.

Otra contribución a los estudios de grupos específicos de usuarios es la utilización de metodologías que dialogan con la vida de las personas a partir de sus redes de convivencia. Así, el concepto de cartografía ayuda a entender cómo las personas se territorializan y desterritorializan en el uso de redes para la producción del cuidado. Así, el cuidado se puede captar a partir de las relaciones en el contexto micropolítico del cuidado en salud, en lo cual contribuyen las políticas e las fuerzas externas, cuyos reflejos son visibles en las escenas reales de trabajo. De esta forma, con base en este tipo de abordaje, es posible construir diferentes mapas y flujos recorridos por los usuarios en diferentes situaciones de necesidades, mapear las relaciones que se establecen entre los diferentes actores, identificar como los servicios o las políticas de salud contemplan de forma diferenciada unos u otros grupos sociales ... Para comprender esos contextos complejos, la propuesta metodológica de los estudios con este tipo de abordaje, como los que componen lo libro, es que los profesionales de salud también participan en la investigación y que los usuarios puedan ser como analizadores de caso (usuarios-guía, no solo casos clínicos). Los usuarios deben ser como autores del mapeo de la atención en salud en los territorios y tantas otras estrategias participativas que los hacen más do que “fuentes de datos”, sino que también intérpretes de su trabajo o de lo trabajo que se les ofrece en los servicios de salud, en dibujos de pesquisa que se presentan frecuentemente como pesquisa de intervención.

Por eso que la discusión sobre la noción de persona, tema caro a la antropología, es esencial para la construcción de prácticas interculturales de cuidado y están presentes en los textos. Además de usuario o trabajador, también somos ciudadanos, tenemos género, familia, raza, etnia, orientación sexual etc. Estos elementos componen a la persona y entran en la escena del cuidado, más suelen permanecer invisibles durante el trabajo en salud. La persona tiene un discurso y una práctica territorializada, que configuran y marcan su existencia, que no son meros determinantes de la salud, sino parte constituyente de todos los encuentros y de los modos de existir en los lugares y territorios.

Los estudios con usuarios con discapacidad incluidos en el libro evidencian la dificultad de ofrecer atención integral a la salud de esas personas, que han sido mantenidas invisibles para los servicios de salud y por los servicios de salud (*“cuerpos crónicamente defectuosos, que no son corregibles, no merecen acceder a los servicios”*, parece el mensaje que se hace audible con relación a las personas con discapacidad). Por eso esas escenas son tan reveladoras do que se presenta para basar la configuración tecnológica del trabajo que opera en los servicios. Así, el abordaje cartográfico auxilia en la comprensión de los movimientos cotidianos de usuarios, familiares, profesionales y gestores de salud y personas involucradas en la producción del cuidado. La comprensión de estos casos nos muestra que no son casos aislados, sino que constituyen casos-multitud, es decir, interrogan muchas otras situaciones en los más diferentes territorios socioculturales.

Por último, tenemos algunas categorías y enfoques metodológicos que contribuyen a la gestión de la salud centrada en el cuidado a las personas, no como individuos aislados, sino como alguien inmerso en la cultura, el lugar, el micro y la macro sociedad. Para la producción de una cultura del cuidado, de la inclusión y como lugar de creación. Los enfoques nos permiten aplicarlos en diferentes contextos culturales y sociales de países y regiones.

Por supuesto, pese al esfuerzo de sistematización emprendido en la organización del libro y de este prólogo, la forma más eficaz de comprender la relevancia de la producción de la vertiente de análisis sobre la micropolítica del trabajo en servicios, redes y sistemas de salud y, incluso, es la lectura de los textos. Deseamos que tengan un encuentro feliz con los textos, en el sentido espinosiano, de explotar la potencia de hacer la vida. ¡Deseamos eso con base en nuestra relación con esos conceptos, con las teorías y con la existencia del Prof. Merhy, que viene siendo tomada de encuentros felices hace muchos años!

Referencias

- Arouca, S. (2003). **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Unesp/Fiocruz.
- Campos G. W. S. (2000). **Um método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec.
- Campos G. W. S. (2002). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 229-266 (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6)
- Campos G. W. S. (2003). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 186 p. (Saúde em Debate 150)
- Campos G. W. S. (2006). **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (1988). **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (1991). **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4), 863-870.
- Deleuze, G. (1992). **Conversações**, 1972-1990. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: ed. 34.
- Donnangelo, M. C. F. (1975). **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira.
- Donnangelo, M. C. F., & Pereira, L. (1976). **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades.
- Luz, M. T. (2004). **Natural racional social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo; Hucitec.
- Luz, M. T. (2013). **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Marx, K. (2013). **O Capital**: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1994). **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (2017). **Saúde, sociedade e história**. Organização: Ayres, J. R. C. M.; Santos, L. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- Mendes-Gonçalves, R. B. M. (1979). **Medicina e História**: raízes sociais do trabalho médico. Dissertação (Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo: 1979.
- Mendes-Gonçalves, R. B., Schraiber, L. B., & Nemes, M. I. B. (1993). Seis teses sobre a ação programática. In: Schraiber, L. B. (org.) **Programação em saúde hoje**. 2 ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Hucitec, 37-63.
- Merhy, E. E. (2007). **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões.

Mimeo.

- Merhy, E. E. (1997). O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, S. (Org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 125-143.
- Merhy, E. E. (2000) Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface (Botucatu). 2000, v. 4, n. 6, p. 109-116. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>.
- Merhy, E. E. (2002b). **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. 192 p.
- Merhy, E. E. (2002a). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 71-112. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).
- Merhy, E. E. (2002c). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 197-228. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).
- Merhy, E. E. (2021). **Salud**: cartografía del trabajo vivo. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Merhy, E. E. (2003). Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 15-35.
- Merhy, E. E. (2007a). Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir não manicomial. In: Merhy, E.E.; Amaral, H. (org.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Campinas, SP: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira, 25-37.
- Merhy, Emerson Elias. (2014). O capitalismo e a saúde pública. **A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo** 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Schraiber, L. B. (1989). **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B. (1993). **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec.
- Viveiros de Castro, E. (2002a). O nativo relativo. **Mana**, 8(1), 113-148.
- Viveiros de Castro, E. (2002b). Perspectivismo e multinaturalismo na América Indígena. In: Inconstância da Alma Selvagem. São Paulo: Cosac & Naif.

Salud colectiva, posestructuralismo y redes vivas de existencia: caminos de pensar nuestro tiempo¹

Emerson Elias Merhy

Conferencia

Estoy muy agradecido de estar aquí, estoy feliz por esto, desde que recibí el correo electrónico de Gastão Wagner Campos² invitándome, esto me impulsó mucho, más tarde voy a hablar un poco de esto, y quería decir lo importante que es para nosotros estar en este momento en un evento que tiene, estoy emocionado por esto, en la carpa principal el nombre de Marielle Franco³, y que también podría llamar Lula libre⁴.

Desde el momento en que recibí la invitación, lo pensé mucho, y en primer lugar me gustaría agradecerles a todos su presencia, porque espero poder compartir con todos ustedes lo que me ha sucedido en los últimos años en relación con la propuesta de esta mesa.

Me gustaría decir que este título me sirve como dispositivo. Esta idea de intentar pensar en la salud colectiva y el posestructuralismo, y lo que se puede extraer de ello, me lleva al primer problema, que es tener cierta dificultad para decir qué es el posestructuralismo. En algunos momentos incluso me resulta difícil decir qué es la salud colectiva. De hecho, creo que eso es bueno.

Así que, desde el principio, me propuse buscar una forma de poder hacer la conversación, y para ello me puse a escribir y a redactar todo lo que me venía a la cabeza, pero luego ya no tuve la menor posibilidad de leer lo que había escrito, así que dejaré los escritos, que están en mí, pero no me ordenan en el habla.

La primera idea que tuve fue casi una idea canónica, una especie de idea disciplinaria. Pensé que lo que voy a hacer es el camino de tratar de pensar los pensamientos, y tratar de hablar el lugar de un filósofo de la epistemología, algo que de hecho no soy. Después de escribir mucho, leer mucho, hacer conexiones, terminé escribiendo este texto para mí, no tengo esta competencia y si quieres un texto de este tipo, no me llames, llama

1 Texto adaptado de la Conferencia pronunciada en el 12º Congreso Brasileño de Salud Colectiva, realizado por ABRASCO en Río de Janeiro en 2018. Publicado en Merhy, 2018.

2 [NT] Médico de salud pública y profesor de la Universidad de Campinas, São Paulo, Brasil.

3 [NT] Marielle Franco fue concejal de la ciudad de Río de Janeiro y fue asesinado por la ultraderecha, en 2018, en Brasil.

4 [NT] El movimiento Lula libre fue por la liberación del presidente Luiz Inácio Lula da Silva cuando fue detenido por la operación denominada Lava Jato.

a Roberto Machado. Para los que no lo sepan, Roberto Machado es un filósofo con una vasta producción en este campo, y con una tesis de maestría: La condena de la norma, que tuvo una importante influencia en la creación del campo de la salud colectiva. Creo que él haría este tipo de construcción narrativa en la mesa, cosa que yo no soy capaz de hacer. No soy un filósofo, no quiero ocupar este lugar, no soy un epistemólogo.

De hecho, quiero compartir con ustedes lo que ha sido, según mi experiencia realizada con mucha gente junto, con la presencia de ciertos pensadores del posestructuralismo, y cómo esto estaba creando interferencias brutales en los lugares de los que yo venía, desde el punto de vista de la militancia, desde el punto de vista de mi presencia académica, desde el punto de vista de mi producción intelectual, en general, en la actividad docente. De todos modos, al final he encontrado esta forma mejor para mi discurso ahora. Creo que tenemos tiempo para eso aquí, en esta sesión, además de ver que están presentes muchos de mis compañeros y compañeras de viaje de siempre, en el camino de la construcción de un campo de lucha en la producción de otras formas de entender y actuar en el territorio de la producción de salud.

Miro desde aquí y veo, además de Gastão Wagner, que preside esta reunión, aquí al lado, y que fue y es un militante e intelectual fundamental en mi trayectoria, indiscutiblemente - aunque nuestras producciones tengan sus propias características. Veo en él un gran intercesor en mí y eso me gusta. Pero hay otras figuras importantes aquí, está Naomar, Hugo Spinelli, Arthur Chioro, y Luís Cecilio, que mucho me honra con su presencia. Para él, un beso en la boca. Hay muchos compañeros de viaje, aquí, de varias épocas, y eso es lo que voy a hacer, así que intentaré encontrar la manera de hablar con vosotros.

Para adelantar mis ideas, utilizaré las palabras de dos amigas, de quien fue director de tesis, en mi inserción en el curso de postgrado en Medicina Interna en la UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), donde me quedé diez años trabajando con un colectivo de estudiantes y doctores de varias regiones de Brasil. Ahora, estoy en otro EICOS de postgrado, en el Instituto de Psicología de la UFRJ, donde me siento muy bien.

Según Mônica Rocha, también me autorizaré a jugar a pensar. Y como *brincante*⁵ del pensamiento, te diré que, al tomar esta posición de *brincante*, me traslado a otro lugar, que, como diría Magda Chagas, el pensamiento me invitó a bailar, y yo acepté.

Intentaré hablaros un poco de este baile, lo mejor que pueda, utilizando varias partes de un largo texto que acabé escribiendo para llegar hasta aquí. Empezaré con el *brincante* y la danza con la intención de llegar a la salud colectiva al final.

5 [NT] Brincante es aquel que participa en las fiestas populares y folclóricas.

Voy a hacer un cierto movimiento para trabajar con ustedes en algunas ideas, que fueron elegidas por la relación, que tenían como factores de interferencia en mis formas de pensar. No pretendo hablar exhaustivamente de todas ellas, de las ideas, ni de los diversos autores que fueron movilizados por mí, y mucho menos haré una secuencia temporal lineal.

Parto de la brutal injerencia que tuvieron algunos pensadores en este proceso, desde el momento en que ya en los años 1990, el tema de la micropolítica aparece como algo que me atrae con una intensidad increíble, de cara a mi producción de entonces que se inspiraba de una manera muy clara en el pensamiento marxista, especialmente cuando se refiere a la cuestión del trabajo en el ámbito de la producción sanitaria.

Reacciono a esta interferencia de manera muy obsesiva en lo que se refiere a que me vi dentro de un no lugar y un no saber. Pero, al tener varias experiencias, en mí mismo, que me señalaban que algo allí tenía mucho sentido, empecé a buscar nuevas posibilidades de mirar y hablar de lo que parecía tan familiar, pero no lo era, el mundo del trabajo. Esto fue bastante desorganizador al principio, pero las nuevas miradas parecían crear otras grandes posibilidades de convivir con varios otros, el esfuerzo para tratar de interferir en las formas en que actuamos en la producción del cuidado en salud.

Esto fue vital para dar impulso a esta novedad. Entender el mundo del trabajo a través de la micropolítica y no sólo a través de la lógica estructural-histórica.

Es decir, empecé a tener la plena noción de que algo nuevo estaba ocurriendo, tomando como indicador lo que recogía de mis experiencias con los trabajadores de la salud en el mundo cotidiano del trabajo y en la producción del cuidado individual y colectivo, en los diversos mundos que habitaba.

Todo ello, en aquellos años, me invitó a bailar con pensamientos que no tenía, e incluso, a enfrentarme al mundo del pensamiento a través de la mirada deleuziana, que señala: pensar es crear y no repetir.

Este pensador llega a mí a través de otro que tuvo sentido para mí por la identidad que creé con él a partir de su larga historia como militante de izquierda. Deleuze entra en mi horizonte de la mano de Félix Guattari.

El cuerpo sin órganos de Guattari me trae este otro tipo de intercesor, Gilles Deleuze, que, a medida que lo iba conociendo, me iba encantando, en la dosis justa para estimular mis pensamientos tan bien articulados y mis miradas tan bien armadas, pero sin llevarme a perder el sentido de mí mismo. Nuevos sentidos me invaden y van llenando un mundo otro.

Empecé a hacer una apuesta formativa para mí y para el grupo con el que estaba trabajando: el reto de enfrentarme a un pensamiento que no podía entender en absoluto y llevar este reto a compartir con el grupo;

siempre que la novedad tuviera sentido en el mundo de la actuación en salud. Pasé de la noción que tenía de que primero se piensa y luego se hace, ahora pensar y hacer eran pliegues, al igual que el cuerpo y el pensamiento.

En realidad, los que trabajan conmigo saben que esto se ha convertido en una forma de estudiar colectivamente, pasamos buena parte de nuestro tiempo, en nuestro grupo de investigación, eligiendo pensadores de los que entendemos poco o nada, y en un intenso proceso colectivo, juntos, construimos entendimientos sobre lo que ofrecen, siempre y cuando tenga sentido para nuestras experiencias en los mundos cotidianos en el que vivimos. Eso, se convirtió en un elemento muy interesante de intervenciones en nosotros.

Es decir, funciona como dispositivos que nos invitan a crear pensamientos. Esta idea de pensamiento como creación y no de pensamiento como mera representación, es una idea constitutiva de la vía deleuzeana, absolutamente fundamental.

Roberto Machado tiene un libro que se llama “Deleuze, filosofía y arte”, en el que intenta, de forma casi seminal, recoger todo lo que ha vivido, incluido su postdoctorado con Deleuze. En esta colección escribe este material, y justo al principio dice: hay dos elementos clave en Deleuze que siempre apuntan a la perspectiva de trabajar sobre lo que es el pensamiento. Un elemento clave es el de la diferencia, es decir, la idea de hacer huecos en el campo de la representación, en el territorio del pensamiento representación. Y en esta perforación de agujeros en el campo del pensamiento, la representación se refiere a tratar de pensar la cuestión de la diferencia. Nada que ver con lo poetizado por Manoel de Barros que decía: repetir, repetir, repetir hasta que sea diferente.

La segunda gran cuestión, que atraviesa toda una línea, según Roberto Machado, en este territorio de Deleuze, es justamente la cuestión de los dispositivos de agencia y su heterogeneidad.

Guattari, que también proviene de una tradición del marxismo, es muy enriquecedor en un libro llamado “Caosmose”, nos invita a trabajar con la idea de heterogeneidad. En este libro acaba ofreciéndonos, y Deleuze entra por esta vía, la noción de que los procesos de subjetivación no surgen de territorios únicos y exclusivos, de líneas de fuerza. Los procesos de subjetivación, que es donde se enclava el pensamiento como creación, surgen de líneas de fuerza de territorios de naturaleza absolutamente diferenciada.

Deleuze y Guattari nos invitan, de este modo, a pensar en esta relación de heterogeneidad, rompiendo con la lógica de la tradición, incluido el marxismo, que acaba privándose de tener una teoría de la subjetividad, hoy, desde mi punto de vista, más pobre que la riqueza que tiene en otros campos, donde aporta grandes discusiones.

Estos pensadores, que me golpean y me invitan a un grado de desorganización, de hecho, nos asustan en un primer momento, pero después, como un brincante y como un delirio, activan el pensamiento, agenciando. Fueron y son efectivamente dispositivos de devenir en mí.

Como dicen Ailton Krenak y Davi Kopenawa, líderes indígenas que me encantan, desde el momento en que estos elementos son mis familiares, me siento tranquilo, porque entonces puedo delirar. Y esto me permite imaginar que este delirio puede invitar a otras personas a volverse locas conmigo, lo que les quita una dimensión de lo particular para singularizarlo en el campo de la alteridad.

Frente a estos autores que me dan todo este soporte y esta posibilidad lúdica de pensar, y de colocar el pensamiento como creación, me siento invitado a traerles otros pensadores, que nos desplazan del sentido común, de lo familiar, de lo acostumbrado.

Es evidente que los pensadores de este tipo, que acaban llegando a nosotros, nos invitan a un lugar de desorganización que al principio nos asusta, de hecho. Pero, después, en la actitud lúdica y delirante nos abre en experimentaciones de devenir-pensamiento en mundos otros.

Confieso que tenía un poco de miedo de que viniera mucha gente de la salud mental. Debido al intento de exponerte al delirio, pero como una idea-delirio que pertenece a alguien se convierte en colectiva, acaba generando una invitación a perder la mirada negativa sobre el delirio, y lo convierte en una producción colectiva.

Esto es absolutamente fundamental, aquí en estas experiencias que estoy compartiendo y que tienen que ver con nuevas formas de producir conocimiento de sí mismo y en el otro, a través de la experiencia del encuentro, y el encuentro como una micropolítica.

Frente a estos autores que me dan todo un soporte para estas posibilidades lúdicas de pensar y de colocar el pensamiento como creación, me autorizo a hablar de los otros en mí.

Hay tres antropólogos sobre los que me gustaría informar, pero sin obligación de realizar ningún discurso epistemológico sobre sus producciones. Utilízalos como intercesores.

Algunos son muy utilizados hoy en día. Pero, voy a empezar con uno que no está tan difundido, fuera de su propio campo de producción de pensamiento, que es Roy Wagner.

Este pensador aporta una idea, entre las muchas que produce, que es lo que llama antropología reversa. Roy Wagner nos invita a esta idea que yo tomo como una oferta que llamo concepto-herramienta, abusando de esta noción de Deleuze y Guattari en el libro en Común: Qué es filosofía, porque me lleva

a intentar pensar mucho en esto de que el concepto, en primer lugar, no es una categoría abstracta para pensar cosas, sino una herramienta para vivir, para crear pensamientos.

De hecho, voy a tomar esta idea de la declaración de antropología reversa como un dispositivo de agencia.

La antropología reversa de Roy Wagner es un cierto reconocimiento de que en su experiencia etnográfica, que no es amazónica y esto es importante, porque luego traeré a alguien con experiencia amazónica- dirá más o menos lo siguiente: la antropología reversa nos invita a pensar hasta qué punto los antropólogos, formados desde una determinada construcción, desde una mentalidad europea, nos posicionamos desde fuera y sobre el otro con el que queremos conectar, y en realidad quería pensar en lo sustancial que es ese otro de tal manera que, de hecho, se constituye como antropólogo de nosotros, su aspirante a antropólogo.

Esta idea, el antropólogo brasileño Eduardo Oliveira de Castro la va a plasmar como una forma de mirar y pensar cómo ese otro, tan diferente, más que diferente, se inscribe en mundo otro, hasta tal punto que viene a ocupar en esta relación otra perspectiva de nuestro mundo y no un mero punto de vista de este mundo que nosotros establecemos.

Esta idea operada por Eduardo, y tal como yo la entiendo, abre la posibilidad de ver en la obra escrita por un chamán Yanomami, Davi Kopenawa, claramente la importancia de esta nueva visibilidad, la del perspectivismo.

Davi, en su libro titulado “A queda do Céu”, cuya entrada está escrita por Eduardo, constituye una narración, en pleno siglo XXI, que es una verdadera intervención antropológica sobre nosotros, los no Yanomami.

Miren, esta idea de antropología reversa nos invita a pensar de manera muy diferente estas relaciones consideradas por muchos de nosotros como multiculturales, porque este otro no es sólo una expresión de otra manera de significar las cosas, sino que es efectivamente un constructor de un mundo-otro como existencia, haciendo imposible la seductora lectura que hacemos de ellos como civilización a partir de elementos que tomamos como universales para pensar lo humano. Por ejemplo, no permitiéndonos transferir categorías del psicoanálisis, de nuestra época y de nuestro eurocentrismo, para entender y hablar de este otro.

De hecho, la invitación es más radical, pensar de otra manera, aquí, es abrirse de lo que es este otro, que toma cualquier elemento de su mundo como humano, por ejemplo; que considera que las almas humanas están en todos los cuerpos, sean cuales sean las composiciones que adquieran, y que la experiencia de ser un tapir, como humano, es una experiencia corporal de otro tipo, pero no de diferenciación de naturaleza, como vemos desde nuestro eurocentrismo, donde los cuerpos se diferencian si tenemos alma o no.

En definitiva, nos invita a tener que pensar qué es realmente ese otro con el que nos encontramos sistemática y cotidianamente en nuestras producciones como redes vivas de existencia, dentro de ciertos perspectivismos impuestos desde lógicas muy diferentes en la composición de la producción de sentido para el vivir.

Como el recorrer este camino nos afectó profundamente, es decir, en nuestro trabajo e investigación colectiva, volveré sobre esto más adelante, ya que fue una invención que intentamos producir, partiendo de esta pregunta, para ir dentro del campo de la Salud Colectiva a buscar nuevas posibilidades de hacer investigación, tomando la idea de redes vivas de existencia como un nuevo dispositivo para actuar en los escenarios de estudio, los procesos de encuentros y de las producciones de conocimiento inscritas en ellos.

Roy Wagner y Eduardo nos remitieron a la posibilidad de crear una duda radical sobre la capacidad de interpretar al otro, o incluso de construir, como diría el también antropólogo Bruno Latour, de construir un metalenguaje que tenga la pretensión de crear para el otro significados y sentidos sobre sí mismo, al considerar que ese otro no tiene la capacidad de conocerse.

Es decir, hay casi una herida narcisista en esto, incrustada en la intencionalidad de todo lo que podemos llamar moderno y, por lo tanto, de todo lo que viene como posmoderno. ¿Por qué? Porque, al plantear esta cuestión, Bruno Latour, a través de algunas de sus obras, hablará del tema de la interpretación y sus esquemas. Y, para avanzar en el razonamiento que vengo haciendo, citaré otras obras, también para que veas que tengo varios otros compañeros de delirio que me gustaría que te interesara leer.

Latour, al plantear esta cuestión, abre un diálogo con otros pensadores. Con Foucault, seguro, porque cuando aborda en su texto Nietzsche/Freud/Marx, de manera muy intensa, pone en primer plano el tema de la interpretación y de las cuestiones de interpretación, abriendo en el pensamiento la posibilidad de pensar en los diferentes regímenes de interpretaciones.

Al abrir este diálogo, no tan explícito, Bruno Latour lo explora en varios momentos. Veo que ya hay algo de esto en su producción: “Vida en El Laboratorio”, el resultado de una investigación etnográfica que realiza en un laboratorio de neurocientíficos, momento en el que se intentaba descubrir las neurohormonas.

Va a realizar la producción de la tesis como etnógrafo dentro de un laboratorio en Estados Unidos que estaba realizando investigaciones punteras en este campo de investigación. Una investigación de este tipo. En esta producción, hay varias perlas sobre lo que hemos estado hablando. Una de las más claras es la construcción de que un hecho científico, como la prueba de la existencia de una neurohormona, es al

mismo tiempo un logro, es decir, una cierta forma de dar materialidad a algo que no existía antes de que se hiciera evidente a través de una determinada vía de prueba y no por otra vía.

Además, escribe un libro que se construye desde diferentes puntos de vista en términos de narratividad, cada capítulo ocupa un punto de vista diferente, lo que abre varias construcciones discursivas sobre el aparente mismo proceso vivido, pero que arroja nueva luz sobre lo que estaba en juego en términos de producción de conocimiento en un área considerada como ciencia de banco. Las diversas formas de posicionarse, con distintos tipos de investigadores en el aparente mismo escenario de estudio muestra diferentes regímenes de visibilidades y decibilidades. Hay una radicalidad en este juego interpretativo.

Esto se muestra no como simples ejercicios de diferentes puntos de vista, sino en la concreción de la existencia vista de puntos diferentes, similares a mundo otro de Davi Kopenawa.

Hay otra inquietud que plantea Bruno Latour cuando dice que: (parafraseando el texto del libro) “mi primera tendencia como antropólogo, al llegar a este laboratorio, fue escribir todo y, al mismo tiempo, construir una narrativa interpretativa sobre quiénes eran estos pueblos originarios que están aquí dentro del laboratorio, pero algo me inquietaba al respecto, porque como no entiendo mucho de lo que hacen, tendré que ser más cauto y observador”.

Construye la cautela como método, tratando de no construir metalingüísticamente lo que son esos otros a partir de una interpretación que encontraría apoyada en el campo de las Ciencias Sociales. De hecho, afirma que este campo, en su modelado instituido, se afirma en su propia postura metalingüística, establecida en el campo de la pretensión de la modernidad, proponiéndose entonces explicar al otro lo que es, ya que no sabe quién es. Pues esto sólo sería posible en el campo discursivo de la ciencia del campo de lo social.

Esta interpretación incrustada en la modernidad que nos autoriza a decirle al otro quién es, cómo vive, por qué vive y para qué vive- supone, en contra de la antropología reversa, que ese otro vive en la eterna ignorancia y en la imposibilidad de ascender una narración muy competente sobre sí mismo.

Latour, antropólogo reciente, ha forjado algunos elementos muy inquietantes en su producción. Citaré tres elementos de esta obra que me han conmovido mucho.

El primero, del que ya me he ocupado en un momento anterior, es el de la antropología reversa, que tratará bajo la noción de antropología simétrica. Pero uno de naturaleza distinta que existe entre los que se encuentran. Es decir, es una idea que trata de decir que hay mundos otros que habitan el encuentro, y

no diferentes puntos de vista distintos en el mismo mundo, que es un elemento interesante que necesitaba ser constitutivo de la investigación.

Allí había otro mundo y él no tenía ni estaba dispuesto a construir un metalenguaje sobre ese mundo otro. Estaba dispuesto a construir una narrativa y un lenguaje para sí mismo de los efectos de ese mundo otro en sus propios mundos, incluso en los acontecimientos.

El otro elemento de formulación que aporta es esta idea de la imposibilidad de la construcción del metalenguaje, es decir, como es mundo otro, ¿Cómo voy a salir a la construcción competente, discursiva y lingüística de mi mundo para explicar qué es este mundo otro a este otro? Prácticamente dijo: no tengo la más mínima competencia para hacer esto, voy a tener que explicar este ejercicio metalingüístico todo el tiempo.

El tercer elemento, que luego desarrollará a través de la teoría de los actantes, es un elemento que ya está presente en este material y que explora en la obra “Nunca fuimos modernos” y en otra llamada “Reagrupando lo social: teorías del actor-red”. Este tercer elemento es la idea del objeto- sujeto, es la idea de romper un elemento llamado antropocentrismo, es la idea de que los llamados sujetos no son necesariamente escenarios antropocéntricos. Ahora bien, cosas que son banales para un Davi Kopenawa o para Ailton Krenak en este mundo otro de ellos, para nosotros son de difícil asimilación.

Bueno, somos una construcción social al revés, ¿no? Reconocemos el territorio de la identidad por los cuerpos y no por el alma, ¿verdad? Una frase muy bonita de Eduardo cuando trae esto a escena en un libro llamado “Metafísicas Canibais”. Ahora bien, este mundo del otro es absolutamente instigador, y aquí Latour es muy consecuente cuando dice: “Las máquinas de este laboratorio que producen las inscripciones que son elementos vitales para la producción de conocimiento son sujetos de producción, no son medios de producción”, y esto es lo que hace el hecho como hecho.

Aprovechando esta nueva invitación delirante, os informo que hoy me he encontrado, después del baño delirando con esta pregunta. Pensaba en la importante alteración del nivel sérico de mi ácido úrico, y pensaba en mi ritual matutino sobre el uso del medicamento alopurinol cada mañana. Pues eso, que estaba tomando mi alopurinol, pensando en mi intervención de hoy aquí y pensé “mira qué cosa más curiosa, esta pastilla de alopurinol es un tema en mí”. Creo que sólo lo tomo porque soy dependiente de esta relación psicoanalítica. El inconsciente y el deseo impreso en la píldora de alopurinol me atrapa en lo mío, en mis relaciones libidinales de diversa índole. Es un sujeto. Y no lo tomaría si no fuera un sujeto. Y es tal

sujeto, que actúa sobre mí, que produce subjetivación en mí. Así que pensé “vaya, qué lío me ha montado Bruno Latour en la cabeza”. Igual que él habla de máquinas, yo voy a hablar de pastillas y medicamentos”.

Este desplazamiento adquiere un elemento que tiene mucho que ver con el tema de la heterogeneidad de Deleuze, ¿no? Lo que lleva los posibles desencadenamientos de los dispositivos de subjetivación a otros lugares, hasta el punto de que Guattari, enfrentándose a una formación lacaniana propia, dice que los dispositivos de subjetivación no son necesariamente signos, sino que pueden ser no-signos, rompiendo incluso el concepto de significante y yendo a un mundo muy difícil para nosotros, el de los asignificantes.

Por qué, comprimido hoy me hizo eso, nunca me había dado cuenta de que nunca había escrito un texto sobre esto, pero me doy cuenta del conflicto que me desencadena, me hace pensar fuera de la captura de la racionalidad imperante que la llamada ciencia de la modernidad lleva dentro.

A partir de esta idea, me sentí atraído por la producción de otro antropólogo, Pierre Clastres, que tiene una colección llamada “La sociedad contra el Estado”. Era un investigador del colectivo del grupo de investigación de antropólogos en la línea de Lévi-Strauss. En un momento dado, ante la inquietud por el tema de la política en aquellas sociedades que estaba investigando, comenzó a explayarse sobre lo inapropiado que era llevar nuestro campo de la política a mirar esas sociedades.

Cuestiona la formulación muy predominante que, desde el punto de vista eurocéntrico, afirmaba que los pueblos considerados como primitivos eran en realidad formaciones de sociedades sin Estado. Con ello, pone en jaque esa pretensión metalingüística europea de que eran tan primitivos que aún no habían entrado en la línea de desarrollo que ya habíamos alcanzado los europeos. Con esta inquietud, sobre la cuestión de lo político, va, a la manera de la antropología reversa y de una antropología simétrica, aunque no utilizara estos conceptos, a hacer una pirueta alrededor del tema de lo político y a afirmar que no teníamos la menor competencia para decir que esas sociedades eran sin estado. Porque, de hecho, eran sociedades contra el Estado.

A través de sus estudios pretende demostrar que estas sociedades construyen la categoría de jefe incompetente, que el jefe en su caso no podía ser ni un representante ni la expresión de un poder delegado, elementos que conforman las primeras teorías políticas sobre la cuestión de la fundación del Estado, desde la obra “El Príncipe”, de Maquiavelo y sus contemporáneos.

Pierre Clastres dirá que en esas sociedades no europeas nos enfrentamos a un mundo de otro tipo, que el europeo no podía manejar porque construyen otro plano de sociabilidad para lo político. En su caso, lo político sería la no construcción del Estado.

Por ello, describe y aporta el conjunto de estrategias que estos pueblos están construyendo en esta dirección, como la producción del jefe sin autoridad, sin capacidad de representación y sin capacidad de mando, es decir, el jefe no soberano, el que no tiene el poder sobre la vida del otro. Así que, para Pierre Clastres, este jefe incompetente es el político.

Ahora bien, esta invitación de Pierres Clastres desordena de tal manera nuestras teorías del Estado, más allá de lo que ya era posible con Foucault a través de la noción de gobernabilidad en la medida en que esta oferta ya hacía una disolución en la cuestión del Estado, de la manera en que estamos acostumbrados a verlo.

Sé que hay buenos compañeros, incluso dentro del marxismo, que también disuelven el Estado de forma interesante, como la idea del Estado ampliado gramsciano.

Sin embargo, en realidad, Pierre Clastres va a otra parte. Es como si invitara a la posibilidad y la viabilidad de la idea de que, de hecho, la sociedad no existe. Una invitación a un delirio de nuevo tipo, hasta entonces.

Bruno Latour, en Reagrupar lo social, trae a colación en varios momentos la idea de esta posibilidad: lo social existe, lo social no existe, invitándonos a pensar en una gran lucha en el campo de las ciencias sociales, que ha sido oscurecida y silenciada a través del ejercicio de la soberanía y la dominación por parte de ciertas corrientes en este campo, el de las ciencias sociales, especialmente en el campo disciplinar de la sociología francesa, encabezada por la producción de Emile Durkheim.

Cuando Latour dice que él, formado en las ciencias sociales, nunca había escuchado ni leído una sola línea de un pensador francés del campo de la sociología llamado Gabriel Tarde, nos pone ante la pregunta: ¿Buscar borrar todo rastro de alguien impide la producción de memoria de las disputas que entabla en cada momento? ¿Cómo se impone una determinada memoria oficial? ¿Cuáles tiene que eliminar? ¿Sería posible, desde el punto de vista genealógico, hacer aflorar los zumbidos?

En Reagrupar lo social se habla de qué era lo que Durkheim quería realmente matar y por qué necesitaba matar el pensamiento de Gabriel Tarde. Y, tal vez, la respuesta puede ser que Tarde dé la idea de poner completamente entre paréntesis la noción misma de una sustancia tomada como lo social.

Poner entre paréntesis, es una de las posibilidades de invitación que hace Clastres, que la sociedad de clases existe y no existe, que el Estado y la sociedad existen y no existen, que el Estado de la sociedad política y la sociedad civil existen y no existen. Esto significa que Clastres nos permite pensar hoy, aquí en nuestra vida cotidiana, que hay colectivos en producción existencial que son como esos pueblos que él llama contra el Estado.

No es que vayan a fundar otro estado, por ejemplo, el narcotráfico en ciertos territorios no es la idea de robar territorios de soberanía y montar otros estados de soberanía. Es la idea de ejercer la producción de la política sin soberanía. Ahora bien, este es un elemento que es radical, pero que me invita a un nuevo territorio que intento habitar hoy para entender lo que puede ser realmente la política.

Estas ideas me permiten imaginar la constitutividad de las estrategias de producción de los colectivos en sus redes vivas de existencia, que constituyen mecanismos y aparatos y dispositivos para una producción de relaciones no soberanas.

Quizás este sea un elemento fundamental para pensar la cuestión de la política en el mundo contemporáneo. Tal vez este sea un elemento importante de desorganización en nuestro campo izquierdo para que podamos abrir nuestros cuerpos sensibles. Tal vez esto es una invitación para que abandonemos la idea de querer hacer un discurso competente sobre los demás, de enorme poder metalingüístico y con enorme poder de ciencia de estado, en cuanto tiene la intencionalidad de gobernar lo vivo.

Este, sin duda, es un tema para la Salud Colectiva, un tema para nuestro campo.

Entiendo que nuestro campo se ha forjado en los movimientos, fabricado en la heterogenese, acoger las diferencias, construyendo composiciones y descomposiciones, y aprovechando estas descomposiciones.

A partir de ciertos momentos, se alcanzó una modernidad, una perspectiva de constituirse como un territorio metalingüísticamente competente, hasta el punto de otorgarse el derecho de gobernar a otros. Y se deslizó desde el campo de la ciencia nómada a una fuerte invitación identitaria en el territorio de la ciencia del estado.

Creo que es una tensión que habita en nuestro campo y que debería explorarse más. Por eso me gustó cuando Gastão Wagner dijo “nos propusimos en este congreso hacer esto: soportar y escuchar cosas con las que no estamos de acuerdo, pero vamos a soportar y escuchar”. Sé que Gastão no está de acuerdo con muchas cosas que he dicho, como él sabe que yo no estoy de acuerdo con muchas cosas que él ha dicho, pero quiero soportar su discurso.

Creo que la Salud Colectiva, si quiere sobrevivir de forma decente y prudente, debería radicalizarse en este sentido. Debe situar esto como un elemento fundamental en su constitutividad.

¡¡¡Gracias!!!

Referencia

Merhy, E. E. (2018). Saúde coletiva pós-estruturalismo e redes vivas de existência: caminhos para pensar o nosso tempo. *Saúde em Redes*, 4(4), 9-21. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2344>

Multitud: esfinge de la salud pública, lugar de inflexión, ideas de bien común⁶

Emerson Elias Merhy

Hagamos de las nuestras diferencias potencias de producción de vidas y no de desigualdades.

Localizando

Río de Janeiro bajo el impacto de las decisiones sobre la Copa del Mundo de 2014 y los Juegos Olímpicos de 2016, visto desde un gobierno estatal que ya tenía el proyecto de hacer una “reforma” urbana por parte del estado, en general, y la ciudad “maravillosa”, en particular. En esta conjunción, se disparan varios proyectos, favorecidos por una relación de financiamiento público proveniente del crecimiento de los *royalties* del petróleo, en el contexto de valorización de capital debido al posicionamiento brasileño en el campo de la negociación de las *commodities* en el mercado mundial y la dislocación de parte del fondo público federal⁷ para apoyar estos procesos. El conjunto de estos procesos provoca la acción de distintos grupos sociales, de apoyo o resistencia y oposición (Vainer, 2013).

En ese contexto, desde hace cuatro años, grupos de diferentes procedencias institucionales – profesores universitarios del área de la salud; profesionales *arte-educadores* con una larga trayectoria de trabajo con niños y niñas que viven en las calles de la ciudad de Río de Janeiro; artistas callejeros, especialmente artistas de circo; y trabajadores de la salud que trabajaron con personas sin hogar, particularmente en el campo de la salud mental, se unen y crean un proceso que llamamos “señales que vienen de la calle” (Merhy, 2012a).

⁶ Publicado en: Merhy, E. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. Saúde Soc. São Paulo, 24(supl.1), 44-54, 2015.

⁷ [N.T.] El estado federal (como Brasil, Estados Unidos, Alemania etc.) es un estado soberano compuesto por estados federados (estados miembros) dotados, no de soberanía, sino solo de autonomía, que tienen su propio poder constituyente, resultante del poder constituyente originario que hizo la federación. Así, en el estado federal, además de la constitución federal, existen también constituciones estatales. El estado nacional es uno estado unitario, no compuesto por estados-miembros: es uno estado solo, uno, aún que se pueda subdividir en regiones (como Italia), o provincias (como Brasil durante el Imperio), o departamentos (como Francia). Por lo tanto, en el estado unitario, solo hay una constitución: a constitución nacional.

La idea central de esta agrupación era crear un proceso colectivo que pudiera, como un observatorio, moverse frente a la expresión de los efectos (manifestaciones) que se producían desde los grupos destinatarios de la represión del Estado, porque estaban contaminando la ciudad. y, al mismo tiempo, crear una situación de apoyo a las personas en situación de calle, u otras formas de “multitudes” similares, frente a estas violencias de “limpieza urbana” de “desechos humanos”, tratando también de dar visibilidad a estos hechos allí en su vida cotidiana, en el espacio público. Este proceso de “señales” crea varios eventos, como, por ejemplo, una reunión de 300 personas en un taller en un congreso internacional en Río de Janeiro, en 2010; acciones en plazas públicas, como Largo do Machado, en el barrio de Flamengo, con actividades de una radio construida sobre una carretilla, a modo de radio móvil; y nuevas propuestas para acercarnos a los niños y niñas a través de las acciones de los *arte-educadores*, que ya venían realizando varias organizaciones no gubernamentales que realizan estas acciones en las calles de la ciudad desde hace más de 20 años, como el grupo “Si esa calle fuera mía”⁸. También realizamos talleres con varios *arte-educadores* en torno a la pregunta “¿existe o no existe la droga?”; reuniones con trabajadores de los Consultorio de/en la Calle⁹ para intercambiar experiencias y coordinar acciones.

Todo este movimiento fue apoyado por el colectivo Micropolíticas del Trabajo en Salud y del Cuidado, vinculado a la Universidad Federal de Río de Janeiro. De esos lugares en mí, hablo en este texto. Mi participación en el evento “Río +20”, en 2012¹⁰, fue una oportunidad muy notable para entender lo que estaba pasando en la ciudad de Río de Janeiro. Allí pude vivir parte de las disputas sobre el tipo de ciudades (Maricato, 2013) que quiero construir, hoy, en el mundo, en los grandes centros urbanos, tan queridos por el capital. En este evento, hubo escenas que comparto para crear una conversación sobre el bien común.

La “Río +20” se colocó como un evento basado en la agenda nacional del gobierno federal y que guio toda una discusión que se había creado hace 20 años sobre el tema de la crisis ambiental mundial, realizada en Río

8 [NT] “Se essa rua fosse minha” (Si esa calle fuera mía), según su sitio Internet, “es un movimiento que tiene como objetivo movilizar a toda la sociedad brasileña para resolver lo que ahora es un gran escándalo: la situación de los niños en este país, en particular los que trabajan y viven en las calles” (<https://seessarua.org.br/linha-do-tempo/>).

9 [NT] El Consultorio de o en la Rua (CnaR) representa equipos multidisciplinares que enfocan su trabajo en los diferentes problemas y necesidades de salud de la población en situación de calle. Es como una oficina de calle, como cuando decimos “teatro de calle”, es decir, intervenciones asistenciales realizadas al aire libre. También es una oficina en la calle, es decir, atención al aire libre y sin el amparo de una unidad básica de salud, centro de atención o hospital. Representa una prestación de atención que acepta las dificultades de la población en situación de calle para acceder a los servicios de salud, este dispositivo tiene como objetivo ampliar el acceso a la red de atención, ofreciendo atención en salud de manera más oportuna (ver más en: <https://portal.fiocruz.br/noticia/radis-destaca-trabalho-da-equipe-do-consultorio-na-rua>).

10 [NT] La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Río+20, se llevó a cabo del 13 al 22 de junio de 2012, en la ciudad de Río de Janeiro. Río+20 fue sí conocida porque marcó el 20° aniversario de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río-92). Su objetivo fue ayudar a definir la agenda de desarrollo sostenible para las décadas siguientes. (Disponible en: <http://www.rio20.gov.br/>).

de Janeiro, el “Eco 92”. Ahora, ante la perspectiva de un nuevo encuentro, nos enfrentábamos a la posibilidad de verificar lo que sucedió en ese momento a favor de la construcción de una “Tierra sostenible”, y si los gobiernos y corporaciones a nivel mundial han tomado las medidas recomendadas para una política ambiental favorable al mantenimiento de la vida, en todas sus formas, en nuestro planeta. En el proceso de organización de este encuentro, hubo una disputa mundial sobre la construcción de su agenda y la forma de estructurarla. No sólo actuaron los gobiernos y las corporaciones, sino varios colectivos y movimientos sociales, incluso creando un conjunto de actividades paralelas, ya que la organización oficial no daba cabida a sus incorporaciones.

En la semana del encuentro mundial, esta disputa se hizo visible. Mientras los gobiernos de varios países, organismos internacionales, varias corporaciones empresariales, algunos intelectuales y ONG se reunían en un gran evento con sede en el Forte de Copacabana, muchos colectivos y movimientos sociales de varios “pueblos” del mundo se instalaban, todos ellos todos los días, en Aterro do Flamengo. Incluidos varios pueblos indígenas amazónicos, realizando las más variadas actividades de debates, ruedas de conversación, acciones culturales, entre otras.

Había una tensión interesante. Por un lado, la diferencia producía desigualdad, creando vigilancia y sospecha; por el otro, la diferencia fascinaba, enriquecía, caminaba por los bordes y se conectaba. Él Aterro do Flamengo estaba lleno de vidas en conexión y a ellos si conectaban varios otros lugares de la ciudad que sirvieron como un espacio ampliado para el evento paralelo. La agenda era más libre, menos formal y quizás menos encubierta.

Para quienes no conocen estas regiones, vale la pena mencionar que el Fuerte de Copacabana se encuentra en un extremo de la playa de Copacabana. Este fuerte es parte de la historia de la República por las revueltas tenentistas de la década de 1920¹¹. Y este espacio es tomado por el gobierno como principal lugar para su organización oficial. Al llegar, se vea una gigantesca mega construcción sobre las rocas y estructuras del Fuerte de Copacabana; y, mientras se caminaba por esta mega estructura, se llegaba a una enorme terraza, que se abría a la vista de la “belleza” de la Bahía de Guanabara, como diciendo por sí misma a los empresarios y gobernadores allí presentes: “Miren qué maravilla el producto que le ofrecemos; ¿quieren comprar? Esta es una exhibición al aire libre, un showroom de ciudad mercado: Río de Janeiro”.

Había compradores potenciales, y muchos. Jefes de Estado y sus representantes, además de cientos de empresarios de las grandes corporaciones capitalistas transnacionales, nacionales y multinacionales, todo lo que pueda adquirir ese nombre.

11 [NT] El “movimiento tenentista” fuera protagonizado por los soldados de las capas medias de jerarquía militar descontentos con el régimen.

Al mismo tiempo, si caminabas por el Aterro do Flamengo te sentirías prácticamente como si estuvieras en un bosque, entre grupos y tiendas de campaña. Había una infinidad gigantesca que se ofrecía desde el punto de vista de la multiplicidad de los pueblos y tendrías una experiencia de cómo la diferencia construida por nuestras producciones de vida era absolutamente maravillosa, sintiéndote afectado por una variada posibilidad de ser, en la rica experiencia de si producir modos de vida. Te alegraría encontrar grupos muy distintos y sin amenazas o vigilancia paranoica. Caminando por allí todos los días, me encontraba constantemente con modos intensivos de producción de si mismo y del otro. Caminar por el Aterro do Flamengo, en ese evento, fue una experiencia absolutamente fascinante, para mí y para todos los que estaban en este movimiento-multitud.

Señales provenientes de la calle, multitudes y salud pública

Las afecciones de esa experiencia abren un conjunto de nuevas preguntas y discusiones que me atrapan, incluyendo los tipos de involucramiento que tengo con diferentes movimientos sociales de la ciudad. Los últimos tres años he participado con varias personas en este proceso que llamamos “señales que vienen de la calle”. Con estos signos se evidencia cómo el tema de las multitudes y la salud pública se va tejiendo, cosiendo y expresando en nuestras vivencias.

En la contingencia de Río de Janeiro, que hace tiempo trajo de manera intensa el tema de la calle, marcado por el lugar que la ciudad ocupa en el imaginario sobre Brasil, en varias partes del mundo, agregado por su presencia en el evento de la Copa Mundial de Fútbol de 2014 y los Juegos Olímpicos de 2016, la situación de las señales que vienen de la calle está adquiriendo expresiones muy específicas en lo que se refiere a la relación entre la multitud y la salud pública.

Son muchas las ciudades marcadas por la presencia de diversos grupos sociales en los espacios públicos, como plazas, aceras, bares que transitan entre espacios públicos y privados, playas, entre otros. Río de Janeiro es uno de ellos. De hecho, esto es casi un sello distintivo de la ciudad. Varios movimientos sociales tuvieron y tienen su reconocimiento en el espacio público. ¿Qué sería de la Bossa Nova si no fuera por las reuniones en estos espacios en Ipanema y Leblon? La chica de Ipanema no sería visible.

Hay un movimiento intenso en algunas regiones de la ciudad que es notable en varias épocas. ¿Qué podemos decir de Lapa, desde el inicio de la República, sino el reconocimiento de que es un lugar de estas expresiones de lo que es el espacio público en el propio movimiento de construcción

de lo que es la ciudad? La Lapa de ayer no es la Lapa de hoy, pero la marca de la ocupación por las multitudes está ahí, ocurriendo.

Estos son las señales que nos interesaban, la forma en que se producía/ocupaba el espacio público y por quién. ¿Qué preocupaciones generó esto y a quién molestó? ¿Qué tipo de movimiento hubo, qué tipo de disputas sobre lo que sería lo público para ser ocupado en privado? ¿Qué era esto privado? Bueno, es importante recordar que esto no siempre se expresa en la orden de mercado; puede ser en el orden del interés particular de un determinado grupo o agrupación, sin connotación de ser lugar de apropiación definitiva. Solo un uso fugaz y ligero, por un tiempo, para un determinado fin no comercial, por ejemplo. Puede ser un uso privado de un bien público por una fracción y luego abandonado; puede ser un espacio público tenso por ser utilizado por algunos que admiten que hay otros allí. El mismo lugar es un no-lugar. Es aparato, rueda y plaza (Merhy, 2006).

Era imposible ver todo esto sucediendo, pues no había tal visibilidad objetiva, pero nuestra mirada estaba, por todo lo que ya hemos dicho, armada; y estos intereses nuestros no venían de ningún lado, permitiéndonos una manera de mirar y ver unas señales y otros no. Vimos una disputa por la calle de varios individuos y grupos, similar a lo que se evidenció en el caso de “Río +20”, marcada por otros componentes que nos movilizaban.

La disputa por el uso de la calle como lugar para vivir y habitar ya era muy larga, pero ahora adquirió evidencias significativas, en un momento muy anterior a los hechos de 2013 (Vainer, 2013).

Las personas sin hogar en Río de Janeiro son una marca. Sin embargo, hace más de 20 años, en el proceso de democratización posterior a la dictadura militar, hubo una secuencia de hechos que vale la pena tener en cuenta.

Un grupo de artistas callejeros, dentro del universo de la teatralidad circense, tomó contacto con los niños y niñas que vivían en la playa de Copacabana, actuando en una conexión que se expresó con intercambios extraídos de la percepción de que a estos pequeños residentes les encantaba saltar y escalar muros, hacia la arena, en saltos mortales. Se percibió que era posible ofrecer enseñanzas para perfeccionar estos “ejercicios”; por otro lado, podrían ofrecerse al encuentro.

Este proceso derivó en la construcción de varios proyectos sociales encaminados a buscar este encuentro. Y, a partir de ello, la producción de nuevos vínculos de intereses entre los niños y niñas de la calle y los artistas, que pretendían abrir ofertas de nuevas posibilidades de vivir.

Entre los muchos grupos, destaco aquí el de “Si esta calle fuera mía”, por venir de aquellas conexiones y seguir actuando hoy. También porque estamos en la calle junto a la construcción de “Señales que vienen de la calle”.

Incluso promovimos conjuntamente un taller en el 10º Congreso de la Red Unida, en 2010, en la ciudad de Río de Janeiro. El taller duró tres días y contó con la asistencia de 300 personas (Merhy, 2012). En esta intensa actividad contamos con la presencia de una muy amplia variedad de personas y colectivos que tenían algo que ver con esta idea de “Señales”.

Uno de los arte-educadores, que trabaja en la calle con niños y niñas en varios puntos de la ciudad de Río de Janeiro, no solo en Copacabana, se presentó contando su propia historia: un habitante de la calle de la ciudad, cuando era más joven., y que fue traído por la posibilidad de vivir otras formas de vivir a través de la acción del grupo “Si esta calle fuera mía”, el Nego da Bahía.

En este acto hubo una interesante ponencia del coordinador de este grupo, Antonio César Marques. Dijo que el trabajo realizado con estos niños de la calle abrió una negociación en torno al uso de drogas, como esnifar “pegamento” o “disolvente”, que utilizaban de manera intensiva. Con ellos crearon un dibujo que tenía una escala que indicaba cuánto, debido al reciente uso de estas drogas, estaban o no en el fondo del pozo, lo que determinaba la posibilidad de hacer o no ciertos ejercicios circenses, debido al riesgo potencial que se presentaba al no ser en plena lucidez y dominio del cuerpo. En esta escala, había el siguiente significado: cuanto más al fondo del “pozo”, menos “puedo” (en un juego de palabras)¹² hacer el ejercicio.

De esta forma, la gestión de las relaciones, que no pretendía tener una connotación en el campo de la salud, no dejaba de provocar ciertos efectos positivos en la línea de lo que en salud llamamos reducción de daños. Este proceso vivido por el colectivo de educadores de arte y por varios niños y niñas termina creando y sustentando un proyecto mucho más amplio, que se convierte en la base para la construcción de la ONG “Se Essa Rua Fosse Minha”, con el apoyo de Betinho (Herbert José de Sousa), precursor de la política Hambre Cero.

Allí, en el primer encuentro que tuvimos en 2010, en aquel taller en el Congreso de la Rede Unida, fue muy alentadora la multiplicidad de experiencias que registramos y pudimos intercambiar entre los participantes. No solo muchos se involucraron en este frente, sino que también sintieron que las señales que venían de la calle eran muy significativas y abrían una gran posibilidad de nuevos conocimientos sobre nuestra contemporaneidad y sobre las posibilidades de construir agendas comunes de acción. En el blog

12 [NT] En portugués se dice “poço” para pozo y “posso” para “puedo”. Poço e posso son palabras con sonido casi igual.

del grupo de investigación Micropolítica del Trabajo y Cuidado en Salud hay una cantidad importante de información sobre todo este proceso¹³.

Esta breve exposición ahora me permite entrar más directamente en la conversación sobre multitudes y salud pública.

Vivir desde la calle todo este momento actual en la ciudad de Río de Janeiro, con varios otros grupos, abre ventanas para que nuestra visión se vuelque hacia algunos de los dilemas más importantes que tenemos ante nosotros hoy: convertirnos en una multitud de varias maneras diferentes coloca en jaque todas las estrategias gubernamentales que apuestan por la fabricación de la categoría “población” como el gran objeto de la acción sanitaria. Un fenómeno que ha existido durante mucho tiempo adquiere una expresividad dramática en nuestra contemporaneidad como una de las señales de las calles.

No hace mucho tiempo, no más de cinco siglos, multitudes de personas aterrorizaban muchas partes de Europa, mundo occidental, expresándose de diversas formas. A veces como hordas de errantes que no respetaban los límites de los reinos, ahora – bajo la geopolítica de las naciones – tratados como vagabundos, inadaptados o cosas parecidas; a veces como bandas de rebeldes a las leyes que no querían someterse a ellas; a veces como extraños, extranjeros que venían de fuera o que estaban fuera de lo “común” (Merhy, 2014).

Hubo otros momentos de aglomeraciones en varios otros períodos, pero en estos últimos siglos, en los países occidentales de Europa y en sus territorios colonizados, estaba pasando algo diferente. Foucault (2008) incluso caracteriza esta situación, a la que llama modernidad, como aquella que trae consigo nuevas prácticas en las formas de gobernarse a sí mismo ya los demás. Señala un cambio en las prácticas gubernamentales. La figura de un Estado emerge dentro de una práctica de ejercicio del poder que asocia la delimitación de territorios-naciones y el imperativo de estrategias de relaciones de poder que diseñan nuevos regímenes de verdades sobre qué es la multitud y cómo gobernarla, así como qué individuos son y como controlarlos o producirlos por sí mismos, el estado soberano, territorio-nación.

El territorio-nación francés debe contener y producir franceses, así como los ingleses deben fabricar ingleses. Y, ¿cómo sería esto posible si antes los territorios identitarios caminaban hacia otros lugares? Sólo si fuera posible construir formas de gobernar a los demás que los sometieran a ciertas subjetividades y no a otras.

13 Micropolítica, instituciones y gobierno de los vivos: una plataforma interinventiva a partir de la Línea de Investigación “Micropolítica del trabajo y el cuidado en salud. (Disponible en: <http://saudemicropolitica.blogspot.com/>)

Hubo varios campos de acción encaminados a este objetivo, pero nada fue tan poderoso como la combinación de un estado armado, con su policía y ejército, y un estado que organiza e implementa políticas sociales al servicio de estos fines. La invención de un régimen de verdad según el cual la multitud estaba formada por varios grupos de población y que estos grupos obedecían, para su desarrollo y regulación, a leyes que podían ser aprehendidas del mismo modo que las leyes que regían el mercado y los procesos económicos, fue como un eureka en ese proceso. La economía política tenía todo que enseñar y el ojo que miraba a través de ella veía poblaciones que podían ser manejadas.

Sabemos desde hace tiempo que, hacia el siglo XV, las estadísticas vitales comenzaron a aparecer al servicio de Estado, en estos países europeos que estaban naciendo. Este proceso tuvo el espíritu de tratar de responder a la pregunta de cómo las poblaciones crecen o decrecen, se regulan etc., y si ese era el dominio del conocimiento humano que podía utilizarlo para interferir en este proceso de población, según ciertos intereses. y no otros.

La salud pública emerge y adquiere una expresión única en ese momento en varios lugares, aunque de formas diferentes, según los juegos de poder a los que fueron sometidos. Pero ahí está presente un rasgo: dominar, con cierto saber hacer (como un biopoder) la dinámica de la vida en las poblaciones, para poder actuar sobre ella y, con eso, dominar a las multitudes en sus movimientos; lo que escapaba sería vigilado, capturado y excluido. Poder saber-hacer sobre cuantos mueren, nacen, de qué mueren y cómo evitar la muerte. Cómo entrar y controlar este juego es obsesión y paranoia sanitaria.

La multitud era la esfinge que la salud pública debería desvelar para controlar, según ciertas formas de gobernar a los demás, a los individuos y a las colectividades. Fabricarla como población era su estrategia de poder central

Los biopoderes sobre la producción y gestión de la vida de individuos y colectivos experimentan a partir de entonces *un auge* y se van forjando nuevos regímenes de verdad. Además de la noción de población, la de cuerpo biológico también adquiere una dimensión operativa central. Como sustrato de un campo de señales que puede ser leído e interpretado desde la perspectiva de los mecanismos de regulación de la producción de vida individual, el cuerpo se va construyendo y convirtiendo en un poderoso campo de gobierno de los demás, con la fuerza de estar sustentado en la noción de que el gobierno de sí, de su propio cuerpo biológico, puede extender los mecanismos de gobierno al máximo de la molecularidad de la existencia en la multitud.

Forjar el límite de lo normal como lo común deseado y lo anormal como lo extraño a ser controlado es imperativo en estos regímenes de verdad, que más que se alimentan de una cierta regla de producción de la verdad, la van inventando y consagrándola como el camino para todos los que aspiran a conocer las leyes sobre las diversas formas de producir la vida humana, en sus expresiones individuales y colectivas, y hacer de ella política de Estado.

La salud pública se convierte en paradigma del campo de la producción de conocimiento con sus procedimientos de investigación de leyes sobre poblaciones, al mismo tiempo que se convierte en pendiente de oro de la forma en que el Estado se materializa como aparato burocrático y administrativo. El estado moderno siempre ha sido un estado biopolítico, un centro de construcción de conocimientos y estrategias para gobernar la producción de vida (Foucault, 2010a, Negri, 2002).

No está dentro del alcance de este texto rastrear los diversos anormales que se han inventado a lo largo de todos estos siglos, pero podemos decir que en ocasiones nos encontramos delante él “sin razón” como un anormal peligroso, como en los siglos XVIII y XIX, cuando emergen de manera tan contundente que se inventa la psiquiatría, un campo de biopoder muy significativo para todos, aún hoy (Foucault, 2006).

Sin embargo, hoy, en estos procesos que hemos vivido junto a los distintos grupos y colectivos que habitan las calles, y viendo los mecanismos públicos de acción para ellos, podríamos decir que los “sin razón” dieron paso a los “anormales-del-deseo”. Estos son los objetivos de las actuales políticas de acción en las calles, a través de una combinación morbosa de policía militar y salud pública. Aquellos considerados desviados del deseo normalizado del orden capitalista (Merhy, 2012b).

Volviendo al escenario de “Rio +20”, podemos decir que invita a pensar que allí hubo una disputa muy intensa sobre lo que debería ser el “bien común”, como todos los que acabo de mencionar, sobre la emergencia de la salud pública en el campo de la biopolítica.

Desde un punto de vista, aquél de la lógica de los gobiernos mundiales y de las corporaciones capitalistas ultra y transnacionales, lo que se ofrecía en el evento era la vida-mercancía, la ciudad-mercancía; en cambio, lo que se ofrecía todo el tiempo en Aterro do Flamengo, importaba el contagio en cada uno de nosotros de la fuerza de la producción de la vida del otro en la diferencia, como producción en la diferencia sin producir desigualdad.

Hay pensadores que aprehenden este movimiento de una manera que me interesa, como es el caso de Negri (2005) quien al hablar de la multitud indica que por un lado está la multitud, por otro lado,

están las molaridades capitalistas. Del lado de la multitud, está la multiplicidad de redes de existencias colectivas, siempre en producción y en acontecimiento, como poder constituyente de un común fundado en procesos de diferenciación. Como algo imposible de ser abrazado en su multiplicidad como un todo, por ser un constituyente, un acontecimiento, en permanente producción de sí mismo. Del lado del orden capitalista está el uno, está el común con una identidad, el común como subordinación, el común como él normatizado, adecuado, funcional y la diferencia como él “anormal”, lo extranjero, lo desigual, lo improductivo, a ser normalizado.

Negri, en estas formulaciones, nos permite señalar que, del lado del capital, en la construcción de territorios identitarios, está aquél, donde se desea el clon, donde se desea la lógica de la vida común en las ciudades como mercado, en el juego del biopoder. En el otro, el territorio de la multitud es donde se instituye la producción permanente de la diferencia, el campo de la biopotencia.

Este autor trabaja con estas dos imágenes, que no son conceptos totalmente adoptados por varios pensadores que también trabajan con algunas de estas ideas. Por ejemplo, al abrir la “Rio + 20”, el filósofo Peter Pál Pelbart, quien tiene varias publicaciones en diálogo con estos temas, entre ellos “A vida capital” (Pelbart, 2004), en la que trae a escena una conversación con el tema de la biopotencia, pero de manera no idéntica. Y es interesante porque, si visitamos a varios otros pensadores, como Deleuze, veremos que este tema del biopoder, de la biopolítica, el biopoder va adquiriendo cierta variación. No tengo intención de convencer a nadie de cuál, para mí, expresa el concepto más correcto, incluso porque no creo que los conceptos sean correctos, creo que los conceptos sirven (Deleuze, 2013).

En ese sentido, estos conceptos me sirven y puedo, eso sí, utilizar lo que ofrece Antonio Negri y que me parece interesante, cuando dialogo con el tipo de problemas que tengo que enfrentar en mis acciones, incluso pensando en un “otro”. De hecho, estos conceptos sólo me interesan porque me pueden hablar de este tema tan intenso en el campo de la lucha político: por un lado, el uno, en su campo identitario, por otro lado, la multitud, en su multiplicidad. Y hay un tema que es clave en la imagen de mi debate sobre la multitud como esfinge para la salud pública, en sus emergencias, como ya se señaló.

La salud pública, de manera efectiva, tiene una conexión directa, carnal, con la construcción de biopoderes e intervenciones en el campo biopolítico para reglar las multitudes en las formas de población e individuo. El hecho de que la población se convierta en objeto de la intervención de la salud pública es una forma de construir ese tránsito de la multiplicidad de las multitudes a él uno de las poblaciones. Ella,

la salud pública, aparece en el territorio de las políticas de Estado con un hambre intensa de gestionar la vida de los demás y gestionar los modos de vivir, en una acción colectiva sobre agrupaciones específicas e sus hábitos, por ejemplo, y en una acción individualizada sobre el cuerpo de alguien, tomando posesión de la medicina como eje de su biopoder (Foucault, 2008, 2010b).

Este movimiento de la multitud, que coloca constantemente en el campo biopolítico y en el campo del biopoder el “puede ser” de la salud pública, interrogándolo, es algo que vale la pena seguir y seguir en los días de hoy. Estos días son muy fértiles para nosotros porque se ha hecho evidente que la multitud esfinge opera de manera tan intensa que nosotros, no solo en el campo de la salud pública, sino en el campo de los arreglos institucionales en general, estamos todos en estado de shock, de un sentir sin conseguir de decir “todo”.

En el caso de las “señales que vienen de la calle”, utilizamos de una mirada armada para buscar ver los movimientos de colectivos en la calle y en la disputa sobre aquello que era público en aceras, plazas, jardines, playas, independientemente de las diversas posibles razones que tuvieron estos movimientos, lo que se evidenció es que no sólo hubo formas de ocupación, sino también apuestas por vivir en la calle, fuera del marco identitario normalizador capitalista.

En su obsesión sanitaria, en el campo del orden del uno, la salud pública como política de gobierno sale al campo de la mano de las fuerzas policiales. No es que esto fuera totalmente suave, porque se hace de manera paradójica y expresa también las diversas formas de disputar qué es el bien común, qué es el normal, qué es la vida digna de ser vivida, qué es el espacio público y privado (Merhy, 2006).

Y, frente a su monstruo predilecto, la multitud, la salud pública sale en busca de generar conocimientos y acciones que le permitan operar en ese terreno de la multiplicidad, muy plástico, y tratar de enmarcarlo en el formato de grupos poblacionales, pero ahora de nuevas órdenes. Como ya se ha dicho, en el orden de los “anormales-del-deseo”.

Pero no se acerca a este monstruo de manera plenipotente. El monstruo lo está poniendo en jaque, mostrando resistencia, horadando el muro y conquistando, en el campo de la salud, compañeros y aliados. Además de revelar más datos interesantes para ser leídos, las señales también dan a entender que desde el punto de vista de quienes han ido ocupando la calle, las instituciones de siglos anteriores y que aún se conservan, ya se están quedando sin tiempo. Estos signos, sin embargo, son paradójicos.

Puede ser que estemos ante cambios sustanciales, pero me parece que esto necesita encontrar colectivos en intensa disputa que no abran la mano de cuidar de sí mismo y de ser protagonistas de su

propia existencia, frente al uno, defendiendo radicalmente que la diferencia es riqueza en la producción de la vida colectiva y no sustrato de la desigualdad.

Ahí, en los movimientos de calle, creemos que hoy también nos enfrentamos a nuevas cuestiones en el campo de la política, incluida la noción de qué es realmente la política. ¿De qué hablamos realmente cuando hablamos de política? ¿Se están dibujando nuevos territorios que pertenecen a la política? ¿No es eso lo que está en la escena? ¿De tal manera que las instituciones políticas forjadas en este período de repúblicas no dan plena cuenta de ello, como lo demuestra el vaciamiento del campo de la salud pública ante su actual esfinge? ¿Cómo es el vaciamiento de la actual representación política republicana? ¿Como podemos percibir esto? ¿Dónde es esto más complicado? ¿Será que estos movimientos no son organizados? ¿O están organizados de manera diferente? ¿Tanto cuando disputan consignas en las marchas, tanto cuando disputan el derecho a vivir en la calle?

Podría ilustrar esto con una broma aquí, ahora mismo. Podría, en diez minutos, solo para darle una idea, con todos los que tienen un teléfono inteligente, construir un circuito cerrado de televisión. Si no sabes lo que es, incluso puedo dar un curso sobre eso, pero en diez minutos puedo hacerlo. Con un pequeño programa de transmisión, compatible con cualquier teléfono 3G, podría hacer de cada uno de ustedes un transmisor de medios y crear un espacio en la red social para compartir nuestras transmisiones. Cada uno de nosotros podía salir de aquí ahora, caminar por la ciudad, transmitir y seguirnos e intercambiar mensajes. Lo visible de uno se vuelve visible para el otro.

En diez minutos podemos tener un circuito cerrado de televisión con 200 personas. Y ese circuito cerrado nos apoyaría a uno de nosotros en un frente de confrontación o en una plaza donde vive gente que está siendo reprimida; todos podrían estar en ese frente al mismo tiempo, juntos. La Media Ninja (www.facebook.com/midiaNINJA) lo ha hecho en las manifestaciones actuales en todo Brasil.

Y, si extendiéramos esto a varios colectivos, ¿no sería posible hacerse la pregunta: qué partido político manejaría estas nuevas formas de organización? ¿De estos nuevos modos de subjetivación y movimiento? No veo ninguno. Para verlo necesito visualizar la invención de nuevas formas de organizar el sentido mismo de una agrupación política y de forma destituyente, como dice Agamben, que no pretende generar reglas para un todo.

Justo al comienzo del Movimiento Passe Livre, en Río, esto quedó claramente demostrado. El alcalde Eduardo Paz, al inicio de la toma de calles, dijo: “¡Estoy abierto a la conversación! Que los líderes

del movimiento vengan a hablar conmigo”; y abrió su oficina. Nadie fue porque no había ese liderazgo que él esperaba. Porque no había interés en ir más allá de lo que uno estaba inserto e involucrado.

En 20 de junio de 2013, en las calles de Río, con la participación de muchos de nosotros, pudimos vivir cosas muy interesantes sobre este tema de las señales de la calle. Allí, hubo un movimiento absolutamente interesante, con cara ameboidea de miles de personas. Era diferente a las marchas que hacíamos en la época de la lucha contra la dictadura; No fue uno de los movimientos de mi generación que a veces se confrontaba con tanques del ejército en la Plaza de la República, en São Paulo. No era eso. Era algo muy distinto y al mismo tiempo muy conectado; procesos que tuvieron lugar a distancia, pero al mismo tiempo, compartidos. Subjetivaba a los que no estaban allí a través de transmisiones en vivo, en tiempo real; hizo que los que estaban en otra parte establecieran una conexión común, común de otro tipo. No el común del uno, de la identidad, como el que teníamos – todos estamos contra la dictadura, por ejemplo –, sino un común de otro orden, un común en el que de pronto algo que le sucede a alguien o a un grupo completamente distinto al yo y el de mi grupo, incluso ideológicamente, logra movilizar relaciones de vínculo inmediato, que me atraen a la acción inmediata, pero que pueden deshacer al poco tiempo o reavivar al poco tiempo.

¿Cómo pensar la política desde allí? Hay una nueva esfinge ante todos nosotros y no sólo para el Estado y sus políticas de control y captura. ¿Qué tiene que ver la salud pública con esto? se encargará de estas ¿convulsiones ameboideas?

Los niños y niñas de la calle, por ejemplo, en Río de Janeiro, también son ameboideos, de otra manera. No en este proceso de redes sociales, sino en la percepción de que las fuerzas del Estado de ocupación, policiales y sanitarias, tienden a territorializarse e incluso asentarse. Van con una fuerte tendencia hacia la figura del uno. Los niños y las niñas se dan cuenta de esto y se vuelven muy móviles, exploran intensamente el nomadismo, exploran las propias multitudes.

Allí, cerca de Aterro do Flamengo, donde siempre ha habido muchos niños y niñas de la calle, cuya aparición casi se podía esperar con cita previa, debido a la fuente de agua que les permite bañarse, los movimientos han ido cambiando. La banda de niños y niñas, banda en el sentido del abandono nacida como de grupos fuera de la regla, cebo fuerte para ser objeto de acción sanitaria, ya no se presenta “en bandeja”. La pandilla gira, gira, cruza territorios fijos. Se mueve donde las fuerzas fijas no pueden alcanzarlo.

Por otro lado, esto los desprotege, pues ya no son visibles para quienes están involucrados con ellos, como los educadores de arte, y no para las fuerzas del Estado. Así, quedan expuestos en la oscuridad de esta invisibilidad.

He aquí el reto para estos educadores del arte: poder conectar e incluso dotar a este movimiento ameboidal de la posibilidad de hacerse visible sin perder su nomadismo. Un desafío que puede significar aliar las tecnologías de las redes sociales actuales con los nuevos formatos de los movimientos que vienen experimentando varios colectivos, sin voluntad de controlarlos y todo querer saberlo (poder).

Esta paradoja de las poblaciones sin hogar da una señal importante. A pesar de haber reinventado sus estrategias de existencia, pueden ser eliminados más fácilmente por la pérdida de cierta visibilidad protectora que un territorio más fijo permite. Cuestión a ser revelada por todos los involucrados con la multitud como un bien común en sí mismo y no como el un capitalístico que se fragmenta en grupos identitarios.

Y luego, volvamos a la pregunta central, por ahora: ¿cuál es esta política que está en escena en todos estos lugares que hemos señalado? ¿Qué es la política ahora, si ya no puede confundirse con los arreglos clásicos establecidos de las organizaciones políticas tradicionales, forjadas en la modernidad, según una perspectiva foucaultiana?

Parte de las respuestas pueden venir del lugar más insólito, es decir, no de los movimientos sociales organizados como colectivos políticos específicos, sino de la llamada cracolandia. Desde este punto de vista, este lugar es paradigmático, pues, visto desde el punto de vista de la salud pública y también de la policía, es objeto de los más perversos mecanismos de control. Visto desde adentro, a los ojos de sus propios constructores, ni siquiera es cracolandia.

A medida que te formes con estas agrupaciones en la calle, te darás cuenta que son mucho más complejas que simples cracolandias; son territorios de producciones de existencias, territorios producciones de nueva sociabilidad. Ahora, ¿Qué hacemos al respecto? Hemos instituido una dinámica imaginaria y simbólica que nos permite reducirla a una determinada construcción, a una unidad, que nos permite producir legítimamente tecnologías de interacción, captura e intromisión en sus vidas, que ni siquiera son dignos del deseo que tienen. Vamos arriba, manéjalos.

Parece haber una señal, que puede indicarnos que estamos pensando, hoy en día, en el campo principal de la lucha política. El campo de la política de las existencias (Foucault, 2010b). Y la salud pública

ha intentado meterse en ello de varias formas. Quizás la más sutil ha sido bajo el argumento de defender la promoción de la salud, que le permite disputar la formación del deseo de producir y cuidar de sí mismo, como mecanismo que puede hacer la diferencia si autoafirmar o extraer de ella ciertos modos de vivir que se constituyen en riesgo de sí, clonando modos de vida saludable.

Poder fabricar imaginariamente que alguien en su deseo es riesgo para sí mismo es la forma más contemporánea de la salud pública para invadir y capturar a la multitud contemporánea, apostando que debe ir allí en la cotidianidad para operar la construcción de un deseo de ser igual, en uno al otro, estando siempre de moda y común (un cierto común). Y tiene medicina en este territorio estratégico, como nunca antes. Por lo tanto, los procesos más sutiles de biomedicalización del vivir se operan en la forma de estar a la moda, hacer gimnasia, hacer dieta, sexo y otras cosas, siempre que sea para producir salud, según una noción dos modos saludables de sí vivir. Y señalando que de eso quien puede hablar es la salud pública y no las formas singulares de desear de cada individuo o de algunos colectivos en acción.

Sólo el deseo por el control del uno tiene validez en la contemporaneidad. El deseo como acontecimiento, como ejercicio de formas de existir no conocidas, es un peligro para agitar a la multitud. Estar sano es el bien común que la salud pública actual construye como imagen objeto de su esencia; por otro lado, una multitud sin control es todo lo que su voraz apetito desea. A ello, es necesario oponer la noción frente al uno, reafirmando la multitud como multiplicidades en la producción de formas innovadoras de existir y denunciando la mirada homogeneizadora de un campo de política de Estado que iguala todo.

“Anormal” deseante es el capital y no las muchedumbres.

Referencias

- Deleuze, G. (2013). **Conversações**. São Paulo: Editora 34.
- Foucault, M. (2010a). **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010b). **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes.
- Maricato, E. (2013). É a questão urbana, estúpido! In: Maricato, E. *et al.* (Org.). **Cidades rebeldes: passe livre e manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo, 19-26.

- Merhy, E. (2015). Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. **Saúde Soc. São Paulo**, 24(supl.1), 44-54.
- Merhy, E. E. (2014). **O capitalismo e a saúde pública**. Porto Alegre: Rede Unida.
- Merhy, E. E. (2012a). **Sinais que vêm da rua**. Recuperado de <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2012/06/emerson-merhy-fala-sobre-os-sinais-que.html>.
- Merhy, E. E. (2012b). Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 9-18. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>.
- Merhy, E. E. (2006). Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: Accioly, G. (Org.). **Saúde no Brasil: cartografia do público e do privado**. São Paulo: Hucitec. p. 6-12
- Negri, A. (2005). **Multidão: guerra e democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record.
- Negri, A. (2002). **Poder constituinte**. São Paulo: De Paulo Editora.
- Pelbart, P. P. (2004). **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras.
- Vainer, C. (2013). Quando a cidade vai às ruas In: Maricato, E. et al. (Org.). **Cidades rebeldes: passe livre e manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo, 35-40.

La Máquina de guerra capitalista en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal y lo privado y lo común¹⁴

Celia Iriart
Emerson Elias Merhy

Situando el problema

Cuatro décadas de neoliberalismo en los países latinoamericanos profundizaron radicalmente el capitalismo del extractivismo de recursos públicos (vía la administración de fondos destinados a la seguridad social, a la atención de la salud, a las redes de protección social, entre otros), y de bienes comunes (explotación minera, petrolífera, agrícola, acuífera, urbanizaciones privadas en tierras públicas y tantos más). Estos recursos son drenados hacia sectores privados concentrados, cuya nacionalidad poco importa y la localización de sus oficinas centrales tampoco porque acumulan en paraísos fiscales, muchos de los cuales están ubicados en los países ricos, como los que operan en el estado de Delaware en los Estados Unidos. Este extractivismo generó el aumento exponencial de la concentración de la riqueza y su contrapartida, el crecimiento también exponencial de la pobreza y la indigencia en sociedades que ya eran estructuralmente desiguales desde sus orígenes coloniales y posterior configuración de los estados nacionales en manos de las oligarquías locales.

Desde comienzos de este siglo la emergencia y posterior crecimiento de la tecnología de redes sociales implicó sumar otro extractivismo, el de los datos privados de las personas hacia las megacorporaciones que lucran con ellos, mientras nos despojan de nuestra intimidad y nos moldean la subjetividad. El capitalismo neoliberal no quiere menos gasto estatal, al contrario, quiere más, quiere un estado menos regulador, un estado que extraiga los recursos del conjunto de la sociedad para la apropiación privada. No quiere asumir los riesgos, sólo beneficiarse de capturar y administrar los recursos que las sociedades ponen en común (Varoufakis, 2021).

Bill Gates, considerado por muchos sectores como un buen samaritano, lo expresó recientemente con absoluta claridad. Con planteos apocalípticos y atemorizadores para el público, indicó que la próxima pandemia será diez veces peor que la actual, y que para enfrentarla deben desarrollarse medicamentos,

14 Publicado originalmente en el periódico Saúde em Redes (Iriart; Merhy, 2022).

vacunas, pruebas diagnósticas, y mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica y seguimiento de los potenciales propagadores. Vigilancia epidemiológica y seguimiento implica el uso de tecnologías informáticas de captura de datos y control poblacional, y gran negocio para el capital de los gigantes de la tecnología informática. Nada de mejorar las condiciones de vida y trabajo, cambiar las formas de producción capitalística destructivas de la naturaleza, incluido les humanos en ella. También declaró que para frenar una nueva pandemia los gobiernos deberán invertir decenas de millones de dólares por año y generar un enfoque global coordinado (2021, p. 12). Si analizamos sus recientes declaraciones en contexto con el accionar de su fundación y la de otros grupos filántropo-capitalistas (Birn, 2014) podemos decir que según sus propuestas la humanidad debe subordinarse a grupos de expertos, entre los que se incluye, para evitar el desastre. Según su discurso, que deja de lado que la causa de estos desastres es justamente el capitalismo que promueve, los sistemas de gobernanza global, con instrumentos de control biopolítico, serían los únicos capaces de mantenernos a salvo de pandemias y desastres apocalípticos.

Estos discursos lamentablemente atrapan a muchos incautos que celebran que los megas millonarios del mundo se ocupen de nuestros destinos. Sin embargo, la pandemia expresa lo que el capitalismo extractivista y depredador es capaz de producir, y la capacidad de las transnacionales para aprovechar las situaciones. Así vemos que los sectores que más ganaron con la pandemia fueron los de tecnología informática y los que generan negocios financieros. Otros sectores que ganaron ingentes sumas son los que acumulan en el espacio sanitario, ya sean sistemas de seguros privados (planes, prepagos y otras denominaciones según los países), y prestadores privados (grandes hospitales y clínicas) no dedicados a tratar la covid-19, que quedó fundamentalmente en manos del sector estatal de forma directa o vía pago a los privados.

Los prestadores privados, ante la merma de consultas por las patologías crónicas e intervenciones programadas con las que lucran, reclamaron subsidios de parte de los estados y los obtuvieron (Drucker *et al.*, 2020, Ruiz Rico, 2020, Infobae, 2021, Lijadad, 2021). Otros ganadores fueron los grandes conglomerados de diagnóstico y tratamiento tal como se observa en Estados Unidos y Brasil, donde fueron los dueños de algunas de estas empresas los que acumularon más riqueza en el 2020 (Andrade, 2021). Por supuesto que también ganaron enormes sumas las gigantes de la industria médica, los productores de medicamentos que de poco o nada sirvieron, o las farmacéuticas que desarrollaron vacunas con enormes subsidios públicos por compras anticipadas de los estados o apoyo financiero para la investigación, desarrollo y estudios clínicos para determinar la eficacia y seguridad de las vacunas (Vidal, 2022). Los mercados bursátiles

marcaban el ritmo de sus ganancias desmesuradas al subir el precio de sus acciones ante atisbos de que podían ayudar a tratar o prevenir la covid-19 (Fumagalli, 2021). Y así podríamos encontrar muchos otros que lucran con esta desgracia global, como lucran y han lucrado con tantos otros desastres, la mayoría de las veces de manera menos evidente para muchos, por quedar encapsulados en los países más empobrecidos y/o en los grupos más vulnerados de todos los países.

La pandemia desnudó para el público masivo las flagrantes inequidades en el acceso a bienes y servicios, no sólo los vinculados a la atención de la enfermedad y la consecuente carga de muerte, sino en el acceso al agua potable, a alimentos, a vivienda digna, a espacios ambientalmente seguros, a las comunicaciones que requerían internet, a la educación, al cuidado de niños, de adultos mayores, de personas con discapacidades o con sufrimiento psíquico, a la protección de personas afectadas por violencias de género y abuso infantil, y tantas otras más. Sin embargo, las respuestas preventivas fueron diseñadas para los sectores de clases medias y altas. Aislamiento domiciliario, higiene y distanciamiento social. Prácticas que como vimos eran imposibles de cumplir en los territorios donde vive la población vulnerada latinoamericana. Esta fue la respuesta a la pandemia de los gobiernos en general, e incluso de los que podemos considerar que abogan por ampliación de derechos e inclusión social (Iriart, 2020).

A nivel de la oferta asistencial la respuesta también se concentró mayoritariamente en el aumento, con mejores o peores resultados según los países, de la alta complejidad con camas de terapia intensiva y respiradores. No se apostó, usando tecnologías muy baratas (listado de detección de síntomas y signos, termómetros, oxímetros y equipos de protección personal), al trabajo territorial para reconocer los casos al inicio de la enfermedad, aislarlos en condiciones adecuadas para los diversos sectores sociales, y entregar alimentos, elementos de higiene y protección para los vastos sectores que en Latinoamérica carecen de ellos (Seixas, 2021). Se pusieron dispensadores de alcohol en gel en algunas ciudades latinoamericanas en las plazas y calles donde transitan predominantemente las clases medias y altas, pero no se pusieron en los barrios con más necesidad donde sus habitantes no lo pueden comprar.

Otras respuestas que se dieron fueron las ayudas económicas, que también fueron escasas y absolutamente inequitativas, se ayudó en varios países a las personas incluidas dentro del sistema de registro gubernamental, dejando millones fuera de ellas ya que, en Latinoamérica, el nivel de precariedad e informalidad laboral abarca porcentajes altísimos de la población, por lo que quedaron muchísimas personas sin ninguna ayuda (CEPAL, 2020). Se apoyó desde el estado a las empresas para pagar a sus

empleados, se disminuyeron o eliminaron cargas fiscales, aún de grandes corporaciones con capitales muchas veces mayores a los detentados por los estados (Gobierno de Argentina, 2020). En esas ayudas, como señalamos arriba, también fueron priorizados los prestadores privados de salud, que vieron disminuir sus ingresos por falta de consultas para las enfermedades que normalmente atendían y con las que sobre prestan y realizan ganancias, tal el caso de las crónicas y los controles preventivos de personas sanas (Infobae, 2021, Kliff, 2020, Iriart, 2017).

En los Estados Unidos se detectaron que las ayudas de miles de millones de dólares que llegaron a los grandes hospitales fueron a engrosar sus apuestas en el mercado financiero, mientras daban de baja a trabajadores de salud o le reducían horas en sus contratos por falta de actividad. Al mismo tiempo cerraban hospitales públicos rurales por falta de recursos para atender la demanda creciente de casos. Entonces, había trabajadores de salud mal pagos y mal equipados haciendo frente a la demanda de casos covid-19 en hospitales carentes de recursos asistenciales, mientras que los grupos financieros que controlan grandes hospitales aumentaban sus ganancias limitando su actividad ante los efectos de la pandemia (Abelson, 2021). Esto también pasó en los países latinoamericanos, aunque claro a otra escala económica (Infobae, 2021, Aclisa, 2022). En Brasil, el gobierno de Bolsonaro, en un actitud necropolítica y de alianza con capital, apoyó las acciones de una empresa de planes prepagos de salud, Prevent Senior, que obligaba a los profesionales que se desempeñaban en sus prestadores propios a que indicaran tratamiento ambulatorios en casos covid-19 con hidroxiclороquina y otros fármacos no probados o iatrogénicos (el kit covid formado por ocho medicamentos y suplementos) con la finalidad de disminuir las internaciones en las terapias intensivas y así bajar los gastos y asegurar los márgenes de ganancias a sus accionistas (Alvarez, 2021).

Ante esta situación es importante que analicemos cuáles ha sido las respuestas de los colectivos que disputan otra mirada del mundo, una donde la vida de todos los vivientes incluidos los humanos importa, donde la defensa de la vida de los grupos vulnerados es central y donde la expansión de derechos e inclusión en todos los aspectos de la vida individual y colectiva sea la norma y no la excepción. Inclusión que no se base en un consumismo de productos y servicios de reposición permanente, manejado por las usinas de creación de supuestas necesidades y deseos efímeros que dan grandes ganancias al capital concentrado. Muy por el contrario, planteamos una inclusión que respete las diversidades y sirva para un desarrollo de la vida en armonía con el resto de los vivientes, con aire respirable, aguas no contaminadas, y cuidado de otros elementos de Gaia, que tal como están ahora nos están enfermando.

Respuestas ciertos grupos críticos

En lo que hace al sector salud muchos análisis siguen planteando los términos de la situación en base a categorías que definen lo estatal, lo público y lo privado basadas en conceptualizaciones desarrolladas en otros siglos, y que respondían a formas de acumulación del capital y luchas político-gremiales que la explotación capitalista imprimía en otros tiempos. Estas disputas entre el capital y el trabajo implicaron formas organizativas sociales, estatales y de representación política que se configuraron en base a estos procesos. El modelo de acumulación capitalista y las formas de producción requerían de muchos trabajadores, por lo cual el estado cumplía un papel central en mantener a las poblaciones laborales activas en buenas condiciones de salud para su rápida incorporación a la fuerza de trabajo. Es así como los llamados estados de bienestar usaron diversos modelos para organizar la atención de salud y los desarrollaron según las pujas distributivas propias de cada país. Así tuvimos modalidades de servicios de salud financiados y provistos por el estado; otras basadas en la seguridad social financiada por la población laboral activa, con administración estatal y provisión de servicios propios de la seguridad social; y otras donde lo estatal, la seguridad social y lo privado convivían tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios.

En América Latina, en particular en los países que desarrollaron algún grado de industrialización, también se instituyeron formas de estados de bienestar que, como sus democracias y economías, se constituyeron de manera dependiente y subordinada a los modelos impuestos por las economías centrales. La concepción salud-padecimiento-atención y la organización de los sistemas y servicios de salud reflejan también esta dependencia y colonialidad. La ciencia consagrada y la organización de los sistemas y servicios son un reflejo de lo que viene de las usinas europeas y estadounidenses. La organización de las áreas sanitarias gubernamentales y los servicios asistenciales se organizan siguiendo modelos acordes con un modelo médico hegemónico centrado en la atención hospitalaria, con alto consumo de procedimientos, medicamentos y otros dispositivos médicos, atención individual y muchas veces iatrogénica, que alimenta el círculo de la enfermedad y el consecuente consumo médico (Iriart, 2017).

Desde sectores críticos a estas formas de dar cuenta del padecimiento sanitario se ha planteado la atención en el primer nivel en sus diversas denominaciones (Atención Primaria de Salud - APS, atención básica en salud, atención territorial, clínica ampliada etc.) como la alternativa a la centralidad del hospital y a un modelo médico centrado en la enfermedad. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, esto no

hizo más que reproducir el mismo modelo de atención basada en diagnósticos sintomáticos, consumista de medicamentos y procedimientos, pero en general con menos recursos, dando lugar, en muchos casos, a lo que Mario Testa llamó “atención primitiva de la salud” (Iriart, 2020, Testa, 1993). Mayoritariamente, no se han integrado otros saberes y cosmovisiones del mundo y de las diversidades que habitan los territorios, sólo se les dio cierto acceso a la misma medicina y salud pública, aunque la mayoría de las veces empobrecida.

Muchos de los sectores preocupados por la salud de los más vulnerados cayeron en una especie de resignación posibilista en la que se defiende la gratuidad y accesibilidad de estas personas a servicios empobrecidos y reproductores del modelo, dejando en manos del capital a aquellos que aún pueden afrontar pagos de bolsillo para tener un plan de seguro privado, de una institución de la seguridad social, de un prestador o grupo de prestadores, o directamente pagar de su bolsillo las prestaciones. Esto es avalado desde las usinas del pensamiento tecno-sanitario-financiero, tal el caso de la OPS/OMS, Banco Mundial y muchos gobiernos que apuntan a un modelo de seguros, donde el estado subsidie a los más pobres y los otros paguen algún tipo de cobertura financiera. La Cobertura Universal de Salud impulsada por la OPS, con su plan estratégico aprobado por todos los gobiernos de las Américas en 2014 y operacionalizada por el Banco Mundial vía los préstamos para las reformas, es un claro ejemplo de esto (OPS, 2014). El objetivo de estos planteos, encubiertos por la ideología neoliberal con el uso de términos cooptados de discursos enrolados en el pensamiento crítico, tal el término universal, no es dar mejores condiciones de atención a los padecimientos del conjunto de los habitantes de un país, sino garantizar el negocio al capital que acumula en el sector salud, asegurándole una ingente cantidad de financiamiento proveniente en su mayoría de los aportes del conjunto de la sociedad que administran los estados. La noción de Cobertura Universal de Salud se contrapone a la propuesta de sistemas universales de salud defendida por movimientos sociales y gobiernos que consideran a la salud un bien público por excelencia, donde el usufructo privado no debe tener cabida.

Lo que estos discursos de supuesta protección y ampliación de derechos vinculados a dar servicios de atención médica encubren, es que el neoliberalismo realiza una apropiación de lo público en el espacio sanitario (como en otros) para la acumulación privada de grupos localizados en diversos puntos del planeta. Lo que se debería cuestionar es la redistribución absolutamente inequitativa de los recursos públicos que manejan los estados y las formas colonizadas que se instituyen para atender los padecimientos de las poblaciones. Para ello es indispensable repensar el estado-nación heredado del colonialismo europeo y los

conceptos que desde posiciones críticas ya sean marxistas o socialdemócratas se han utilizado para pensar el estado, lo público, lo privado, y su relación con la sociedad y lo común.

Estado-nación y soberanía: una fórmula puesta en jaque

En el período previo a la instauración del neoliberalismo, el estado-nación era funcional al desarrollo capitalista. La soberanía de los estados era algo reivindicado y si bien los países dominantes ejercían poder sobre los más débiles, eran disputas entre estados nacionales que, en las Américas, se remontan a la época de las independencias. Estados que fueron contruidos a imagen y semejanza del pensamiento colonial europeo, desconociendo las realidades de los pueblos que existían en las Américas antes de la colonización europea, de los que fueron traídos a estas tierras vía la esclavitud y vía el fomento a la inmigración, mayoritariamente propuesta por los sectores dominantes para “blanquear” o “europeizar” a las poblaciones americanas.

Desde hace al menos cuatro décadas lo que se observa es un crecimiento del poder económico de las corporaciones transnacionales y de su capacidad para definir políticas globales y locales. Las denominamos transnacionales porque la ubicación geográfica de sus casas matrices, muchas de las cuales están en los países ricos, no define que actúen en consonancia con los gobiernos de esos países. Su lógica de acumulación no reconoce estas fronteras, ya que fijan sus domicilios fiscales donde es más conveniente para evadir el pago de impuestos y así aportar menos a la riqueza colectiva. Paraísos fiscales, cuentas offshore, y muchas otras modalidades que dificultan el control por parte de los estados nacionales, aún de los más poderosos, se han multiplicado exponencialmente facilitados por la revolución tecnológica informática y comunicacional, y la intensa financierización del proceso de acumulación del capital altamente concentrado a nivel mundial.

Los gobiernos no parecen tener suficiente poder frente a esta avaricia de los grandes conglomerados transnacionales, cuyos accionistas muchas veces ni siquiera son personas físicas, sino grupos de inversión que manejan fondos de terceros, como el caso del grupo BlackRock que administra una masa de capital que sólo los PBI de Estados Unidos y China sobrepasan. Fondos que son acreedores de los países cada vez más endeudados, y son los principales accionistas de corporaciones como Pfizer, Bayer/Monsanto, entre otras. El fondo de inversión BlackRock es dueño de 17 mil empresas (Restivo, 2020). Más aún, una reciente publicación periodística del New York Times revela que el secretario del Tesoro y el Jefe de la Reserva Federal de los Estados Unidos consultaron, en reiteradas oportunidades desde el inicio de la

pandemia, a Peter Fink, principal administrador de este fondo de inversión, para definir un paquete de ayuda al sector financiero del que este grupo fue beneficiario. Si bien esto fue durante la administración de Trump, esta misma fuente informa que el gobierno de Biden mantiene una estrecha ligazón con este poderoso grupo, ya que nombró en posiciones gubernamentales de alto nivel ligadas al manejo de las políticas financieras, a ejecutivos que se desempeñaban en BlackRock (Smialek, 2021). La concentración de poder económico-financiero y el control de las comunicaciones y de la extracción de datos personales y colectivos de empresas como Google, Facebook y Amazon llevó a Varoufakis a plantear el concepto de tecno-feudalismo (Varoufakis, 2021).

Los profundos cambios que se van consolidando en las últimas cuatro décadas y que llevaron a la instauración del neoliberalismo, permearon los procesos económicos de acumulación y distribución del capital en favor de los sectores privados concentrados que tienen acceso al manejo de los bienes públicos y a información privilegiada sobre oportunidades de negocios. En América Latina se observa que desde la implantación del neoliberalismo a partir de los setenta y pese a la emergencia de gobiernos que propiciaban políticas más inclusivas y de ampliación de derechos a partir de los 2000, la tendencia neoliberal no fue estructuralmente jaqueada.

Sectores críticos al neoliberalismo en el espacio sanitario plantean la necesidad de reinstaurar los modelos sanitarios del estado de bienestar. Estos sectores tienden a pensar que se puede recolonizar el estado neoliberal y generar alternativas democratizadoras y redistributivas desde gobiernos que generen políticas inclusivas y de defensa de los derechos de las mayorías. Lo que trasluce este pensamiento es que se concibe al estado como una maquinaria neutral que opera obedeciendo a las políticas gubernamentales de turno en el plano nacional, por lo que, si éstas son más inclusivas y de defensa del derecho a la salud, las tecnoburocracias actuarán por el bien común. Es decir, parecen desconocer que los intereses del capitalismo concentrado han permeado los aparatos estatales impidiendo la aplicación de leyes, regulaciones y controles que puedan ir en contra de sus intereses o, sin llegar a afectarlos directamente, pretendan una mínima redistribución en favor de los sectores vulnerados. No se trata simplemente de cambiar a funcionarios de dirección y aplicar políticas de ampliación de derechos. La colonización de los aparatos estatales por la máquina capitalística mundial que se viene realizando desde los setentas en la mayoría de los países, aún en aquellos que tenían que tienen mayor autonomía para definir sus políticas e imponerlas al resto, sólo ha crecido hasta observarse lo que vimos anteriormente sobre el fondo BlackRock y su injerencia

en el gobierno de los Estados Unidos, o en el dominio cuasi planetario de las empresas de tecnología informática y comunicacional, y de las de insumos médico-sanitarios, como la situación de la pandemia tornó evidente. De más está subrayar el poder que tienen para moldear las decisiones de los estados en los países con estructuras más frágiles y permeables (Restivo, 2020; Smialek, 2021).

Lo estatal, lo público y lo privado en el sector salud

El imaginario colectivo incluyendo, en muchos casos, el de quienes gestionan, investigan y producen conocimiento en el campo sanitario, asimila lo público a lo estatal, e incluso a la idea de que sus intervenciones representan el bien común. Sin embargo, lo que se puede observar desde hace décadas es que hay una distribución regresiva de los bienes públicos entendidos como los pertenecientes al conjunto de quienes residen en un país, cualquiera sea su nacionalidad y estatus legal.¹⁵ La concentración de la riqueza medida de diversas formas muestra esto en la mayoría de los países latinoamericanos, siguiendo la tendencia mundial (Piketty, 2021). Situación que la pandemia aumentó exponencialmente.

Una reflexión sobre el significado de lo público, lo estatal y lo privado parece oportuna en este momento en que la pandemia nos revela la necesidad de repensar conceptos cuyo significado naturalizamos. Para empezar a diferenciar lo estatal y lo público empecemos por reflexionar como recauda el estado los fondos que le permiten desarrollar sus actividades y las políticas gubernamentales que pueden ser más o menos inclusivas dependiendo de las representaciones partidarias que estén al frente de los gobiernos nacionales/federales, provinciales/estatales o municipales. Para realizar este ejercicio proponemos concentrarnos en el espacio sanitario y hacernos esta pregunta: ¿Cómo obtienen los estados los fondos para financiar el funcionamiento de los servicios de salud, para la compra de vacunas, medicamentos, equipamientos hospitalarios y de protección personal, el pago a los trabajadores, los subsidios a la seguridad social o a los privados, así como numerosos otros requerimientos de fondos que implica que los estados puedan dar servicios al público, y no sólo de salud, sino de todo lo que sostiene la vida colectiva (educación, seguridad, higiene pública, vivienda, urbanización etc.)?

Estos fondos se recaudan por: a) los impuestos que pagan todos los residentes de un país vía impuestos directos e indirectos (personales, al consumo, a las actividades económicas y financieras, a la propiedad, entre otros). Impuestos que son altamente regresivos en las sociedades actuales, ya que en

¹⁵ Quienes habitan un territorio generan riqueza y contribuyen con sus impuestos a la masa de bienes que administran los estados, especialmente en países con impuestos altamente regresivos, como es el impuesto al consumo, que es central en la recaudación estatal de los países latinoamericanos.

términos relativos son los sectores más empobrecidos quienes pagan más debido a que son los impuestos al consumo los que tienen una carga alta, los más universales y difíciles de evadir por el consumidor (impuesto al valor agregado que llega al 21% por ejemplo en Argentina); b) la administración de bienes de propiedad colectiva (mal llamada propiedad estatal), tal como empresas que producen bienes (petroleras, gasíferas, mineras, entre otras), empresas que proveen servicios (transportes, puertos etc.), entidades financieras estatales, cobros por servicios que brinda el estado (tasas de alumbrado, recolección de residuos y limpieza etc.); c) la explotación de tierras y aguas públicas (lagos, mares, ríos); d) las deudas que contraen los estados en todos sus niveles y que debe ser pagada por el conjunto de la sociedad; e) la emisión de moneda. Estas son, entre otras, las formas que los estados tienen de obtener fondos para hacer frente a sus actividades, es decir, el estado administra fondos y bienes del público.

Lo mismo sucede con la seguridad social y el sector privado. La seguridad social, en los países que la tienen como un área diferenciada, compone sus ingresos de los fondos de las llamadas cargas sociales (salario directo e indirecto o salario diferido)¹⁶ que le aporta el público, en la figura de los trabajadores, muchos de los cuales trabajan para el estado y por lo tanto reciben sus salarios y pagos a la seguridad social con la recaudación de fondos públicos, otros que trabajan para empresas privadas, y un número cada vez más grande por cuenta propia. Otros ingresos los recibe de sus afiliados por copagos, coseguros, cuotas extras por planes suplementarios y otras formas que la seguridad social implementa en función de cubrir financieramente un modelo tecno-asistencial cada vez más consumista y costoso. También los estados proveen cifras muy importantes en subsidios a la seguridad social, ya sea con exenciones impositivas a las empresas empleadoras, a los individuos, y con fondos directos a la seguridad social por diversos acuerdos.

El sector privado también obtiene gran parte de sus ingresos de los usuarios, vía pagos de bolsillo para planes de seguro médico, por el acceso a prácticas y servicios no cubiertos, por derivación de fondos de la seguridad social y del estado a los sectores prestadores o financiadores privados, y por el cobro de subsidios estatales directos o indirectos. En algunos países los empleadores o la seguridad social ofrecen la posibilidad de acceder al sector financiador y prestador privado, derivando sus pagos a empresas que los administran y ofrecen, o contratan las prestaciones (Antunes, 2021, Iriart, & Waitzkin, 2006). La financierización del sector salud creció enormemente en los noventa en beneficio de los sectores privados más concentrados y esto no ha sido frenado (Iriart, Franco, & Merhy, 2011).

¹⁶ Por salario diferido se entiende la parte de las contribuciones que realizan los empleadores para la seguridad social médica y previsional como porcentaje del salario de sus trabajadores.

De esta forma se componen, en gran parte, los fondos que las estadísticas de gasto en salud de los países reflejan y sirven para reforzar la ficción de que los gastos salen directamente de las arcas de cada sector que los realiza (estatal al que denominan en algunos casos público, seguridad social y privado). Encubriendo que, un porcentaje muy alto en todos los casos es pagado por el conjunto de los habitantes de cada país, a quienes preferimos llamar el público, muchos de los cuales ni siquiera acceden a la atención, aunque la financien, o acceden limitadamente a una atención de bajísima calidad y deficiente cuidado. Mientras otros, subsidiados por los más vulnerados, acceden a servicios costosos que engrosan las ganancias del complejo médico-industrial-financiero¹⁷, sin recibir tampoco, en muchos casos, una atención adecuada a sus padecimientos o convirtiéndolos en pacientes crónicos, que asegurarán permanentes ganancias al capital.

Estos análisis nos parecen útiles para repensar el sector privado y el papel que juega el complejo médico-industrial-financiero, que en algunos casos podrán tener una base local, pero que fundamentalmente redundan en beneficio de las corporaciones transnacionales, ya que cada vez más, los productores de medicamentos y tecnología (simples y complejas), y las administraciones de prestadores y aseguradoras están en manos transnacionales, incluyendo empresarios locales que asientan sus empresas en otros países y paraísos fiscales. Asimismo, los empresarios que producen en cada país tienen en la mayoría de los casos un papel intermediario o productor a partir de insumos, patentes o tecnologías importadas de alto costo.

El complejo médico-industrial-financiero no sólo utiliza parte importante del financiamiento del público para acrecentar sus ganancias, muchas veces en detrimento del acceso y de la calidad de lo ofrecido, sino que básicamente definen los modelos tecno-asistenciales que se ofrecen. Estos modelos tecno-asistenciales son cada vez más costosos y están dirigidos a ciertos tipos de padecimientos rentables y a sectores sociales que los pueden usar vía el pago del estado, la seguridad social o el seguro privado. Pagos que insistimos están subsidiados por las mayorías, cuyos integrantes no acceden muchas veces a prestaciones menos costosas, simples y necesarias. Estos modelos están definidos por las grandes corporaciones transnacionales avaladas por asociaciones llamadas científicas de los países centrales, que desarrollan los protocolos de prevención y tratamientos replicados (y en muchos casos aumentados en su

17 El concepto de complejo médico-industrial aparece en los años setenta para reflejar la expansión de las industrias de salud. En este concepto quedan englobadas las industrias de tecnología médica y farmacéutica, las empresas de atención médica, las organizaciones y las profesiones sanitarias, con sus instituciones de formación. Desde escritos anteriores incorporamos el término financiero, ya que este capital expande sus operaciones en el sector salud a partir de los noventa y pasa a tener un peso importante en las transformaciones del complejo médico-industrial en las siguientes décadas. En la actualidad no sólo opera en la administración del financiamiento de los sistemas de salud, sino también en la de servicios de salud (hospitales, centros de diálisis, de atención domiciliaria, de diagnóstico y tratamiento, servicios de emergencia, entre otros) y ha establecido asociaciones y acuerdos de negocios con los otros componentes, tal como lo ejemplifica el caso del fondo BlackRock que es uno de los principales accionistas de la farmacéutica Pfizer, entre otras farmacéuticas.

consumismo) por los grupos locales. Estos modelos tecno-asistenciales no sólo colonizan a los prestadores y financiadores privados, sino que se imponen en la seguridad social y también en los servicios estatales. Esto se debe a que el tipo de prevención, cada vez más individual y clínica, los tratamientos que se ofrecen, los medicamentos que se indican, los equipamientos y tecnologías que se compran con fondos administrados por los estados y la seguridad social, así como las prestaciones que se contratan, están orientados por este modelo de atender los padecimientos que definen el uso del financiamiento en cada país.

Los residentes de los países, quienes aportan con sus esfuerzos colectivos al financiamiento de la investigación y desarrollo de medicamentos, vacunas y otras tecnologías, ven colonizadas sus subjetividades en cuanto a sus “necesidades de salud”. Esto sucede sin que los estados y las instituciones de la seguridad social, que deberían velar por su cuidado, regulen al llamado mercado de salud, a pesar de que debería ser su obligación ya que contribuyen mayoritariamente a su financiamiento.

Otro elemento que el análisis del origen del financiamiento en salud y su apropiación por los sectores privados y clases sociales medias y altas nos permite hacer, es poner en análisis la connotación despectiva que el discurso neoliberal hace de los usuarios de los servicios estatales de salud. Este discurso que es repetido como mantra por amplios sectores en las sociedades latinoamericanas ganadas por la subjetividad neoliberal, proviene de esta ficción de que el estado les provee servicios como dádivas y no como derechos que les corresponden. En los estados capitalistas, como vimos más arriba todos pagamos por los servicios que el estado nos brinda, de manera directa o indirecta, y como lo que prevalece son las fórmulas impositivas regresivas, los sectores de ingresos más bajos aportan en términos relativos más y reciben mucho menos. Esto es, existe un subsidio inverso y parece incluso oportuno reflexionar que aquellos trabajadores de salud (u otros) estatales que mal atienden a los usuarios, deberían recordar que ellos tienen sus salarios y coberturas de salud vía empresas privadas - que han naturalizado como un derecho- gracias a un estado que administra bienes colectivos que pertenecen también a los sectores más vulnerados. También deberían recordarlo otros trabajadores de diversa jerarquía del poder ejecutivo, judicial y legislativo, y muchos miembros de la clase media y alta que imaginan que son los únicos aportantes y que los servicios privados donde se atienden son financiados enteramente por sus aportes y las inversiones privadas para crear esas empresas. Desconocen o niegan los ingentes subsidios que empresas y usuarios de estos servicios reciben del estado. La situación es totalmente inversa, quienes sólo cuentan con prestaciones del estado o pagando de su bolsillo aquello que el estado no les

provee, son quienes subsidian a aquellos otros que se atienden en el privado vía la seguridad social o pagan coberturas privadas.

Otro fenómeno que se observa, y que hay que analizar críticamente, es la actitud violenta verbal o física que ejercen ciertos individuos con los empleados estatales que trabajan con dedicación, pero en condiciones laborales precarias (Gobierno de Argentina, 2022). Esto se evidenció en numerosas oportunidades durante los picos de la pandemia cuando, por ejemplo, los servicios de testeo gratuitos brindados por las instituciones estatales estaban colapsados por la demanda, con escaso número de personal asignado e instalaciones sumamente precarias. En esas situaciones se observó una demanda que nada tiene que ver con reclamar derechos sociales ante las autoridades gubernamentales correspondientes y en alianza con los trabajadores, sino un reclamo de consumidor individual de un servicio estatal que reivindica pagar con sus impuestos y exige con expresiones del tipo “yo te pago el salario”. Reclamar el derecho a servicios oportunos y eficientes porque se pagan impuestos y se defienden derechos para el conjunto de la sociedad es algo legítimo si se realiza de manera organizada y ante las entidades que correspondan, no atacando trabajadores precarizados en sus condiciones de trabajo y salariales desde una ideología neoliberal que sólo reconoce derechos individuales de consumidores (Iriart, Franco, & Merhy, 2011).

La expropiación del común: vacunas y necropolítica

Pasemos hora a analizar el común y para ello vamos a recurrir a un tema central en estos tiempos de pandemia como es el de las vacunas para prevenir la covid-19. Este ejemplo nos facilitará mostrar estos procesos de apropiación de los bienes públicos por parte de sectores que hacen un usufructo privado. También son un ejemplo concreto de los límites que estas gigantes corporaciones ponen a los estados nacionales y su cada vez más menguada soberanía. Lo que en este proceso se está expropiando no son sólo los recursos económicos que nos pertenecen en común, sino que se está expropiando la posibilidad de vivir para enormes cantidades de humanas en el mundo. Los líderes mundiales sólo atisban tímidas declaraciones sobre la necesidad de que se levanten las patentes mientras dura la pandemia. Ni una palabra sobre que en su origen son bienes públicos, que hacen a la posibilidad de un proyecto mínimo común de defensa de la vida y que no pueden ser propiedad privada de empresas que genera ganancias exorbitantes con su comercialización con los estados (Vidal, 2022).

Las vacunas nacieron siendo un bien público de la humanidad, pero en las últimas décadas se ha naturalizado su expropiación por grupos que generan riqueza privada y las comercializan a precios que las hace inaccesibles para muchos países (Corvalán, 2017). Tomamos el tema de las vacunas por la dramaticidad que adquiere su obtención frente a una enfermedad de características pandémicas, que hace que la dificultad de su acceso rápido y equitativo implique no sólo el aumento del riesgo individual, sino también del colectivo ante la proliferación de variantes y aún el riesgo de mutaciones. Pero este es sólo un ejemplo entre miles que podríamos analizar de lo que significa la lucha entre la necesidad de los pueblos y la avaricia de los sectores más concentrados de la economía mundial.

La investigación y desarrollo de las vacunas para prevenir el SARS-COV 2 han sido posibles en tiempos records merced a las ingentes sumas de dinero otorgadas por los estados vía subsidios para la investigación y desarrollo, el involucramiento de investigadores de universidades públicas o privadas subsidiadas, la compra anticipada de vacunas, y la disponibilidad en muchos países de centros de investigación para los ensayos clínicos de fase 3 que requerían de miles de voluntarios y centros capaces de desarrollar los estudios. Es decir, estos procesos implicaron la puesta a disposición de las farmacéuticas tanto de fuentes financieras públicas directas, como de las acumuladas a través del conocimiento científico desarrollado en los países donde se hicieron los estudios y actualmente participan en la producción y envasado de los billones de dosis que precisa el mundo. Muchos de los contratos de compra además fueron hechos a espaldas del público ya que las compañías farmacéuticas exigían que no trascienda la información de esos acuerdos de compra, tanto la de los precios pagados como la de otras cláusulas. Esto a pesar, según trascendió en algunos casos, de que los contratos contenían cláusulas potencialmente lesivas de la soberanía territorial (Vidal, 2022).

Las vacunas producidas mayoritariamente con los recursos aportados por la riqueza colectiva tanto de países de ingresos altos como medios y bajos, están generando ganancias exorbitantes a gigantes transnacionales que, como vimos, están en manos de fondos de inversión que acumulan en todo el mundo y reparten sus ganancias con sus inversores privados (Telam, 2021). Todo esto mientras que los números de muertos y enfermos no cesa de crecer, no por falta de efectividad de las vacunas, sino por falta de un acceso global y masivo a ellas (Vidal, 2022). Los procesos absolutamente desiguales de distribución de las vacunas entre los países muestran a las claras que hay vidas que importan más que otras para la máquina capitalística. Las políticas necropolíticas se han evidenciado en muchos países con una distribución muy

desigual de los recursos para combatir, no sólo los efectos directos del virus, sino también para sostener las condiciones de vida y trabajo de los más vulnerados.

Tejiendo entre saberes para construir el común en la diferencia

La necesidad de aislamiento de la pandemia generalizó el uso de la conectividad virtual, lo que facilitó los vínculos entre experiencias comunitarias de pueblos originarios y de comunidades urbanas vulneradas, tanto entre sí, como con trabajadores y académicos-militantes. También se avanzó mucho en la conexión entre colectivos de diversos países, todo lo cual enriqueció enormemente la circulación de ideas y de acciones potentes en defensa de la vida individual y colectiva.¹⁸

La pandemia mostró la potencia de lo comunitario, ya que ante el retiro de las instituciones estatales cerrando agencias que atendían presencialmente y replegándose a lo virtual, fueron los colectivos comunitarios y los trabajadores estatales comprometidos con la vida de las comunidades que atendían, quienes desplegaron numerosas formas de cuidado. Estos grupos, compuestos mayoritariamente por mujeres, fueron quienes pusieron el cuerpo para que los programas estatales se realizaran de manera acorde a las realidades de las comunidades. Fueron quienes trabajaron arduamente puerta por puerta para que sus vecinos y vecinas se hicieran los testeos para detectar el virus, para ofrecerles elementos de higiene, alimentos, agua potable, y para ayudar a tener conectividad al sistema educativo y a oficinas estatales que se hicieron virtuales. También estuvieron allí para proteger a mujeres, infancias, adolescencias y disidencias de la violencia de género y otros abusos, para facilitar el cobro de las ayudas económicas que algunos estados proveyeron, y tanto más. Fueron los movimientos sociales arraigados en las comunidades y les vecines autoconvocados ante la emergencia los que construyeron políticas comunitarias de enfrentamiento a la pandemia.

En una investigación que desarrollamos en Argentina pudimos observar que hubo casos de trabajadores estatales que, desoyendo las órdenes de no salir a los territorios, y haciendo gala de su autonomía para producir trabajo vivo en acto se pusieron al servicio de las comunidades donde estaban insertos y ofrecieron cuidados (Faraone, & Iriart, 2020). En algunos casos, como nos relató una lideresa de un movimiento social

18 Un ejemplo de esto es que en 2021 la Rede Unida, asociación que articula proyectos, instituciones y personas interesadas en la construcción colectiva de sistemas de salud públicos, bajo principios de universalización, equidad, participación social, respeto a las diferencias, preservación de la naturaleza y en defensa de la democracia, se transformó en una asociación internacional recibiendo a miembros de países latinoamericanos, europeos, y asiáticos. Esto favoreció el intercambio de experiencias que se pueden ver en el canal de YouTube de la TV Rede Unida y en sus publicaciones, y promovió numerosas colaboraciones nacionales y internacionales.

de Argentina¹⁹, las organizaciones sociales lograron que las políticas comunitarias se instituyeran como políticas públicas asumidas por los gobiernos y también generaron numerosos dispositivos sostenidos por redes de mujeres de los barrios vulnerados en un constante ejemplo de re-existencia.

En Brasil, destacamos dos frentes en esta dirección, por un lado el de comunidades urbanas vulneradas (habitantes de barrios precarios y habitantes de las calles), donde también se observaron que ante el abandono de las intervenciones y retroceso de las políticas gubernamentales, se desarrollaron movimientos de autogobierno comunitario con estrategias de producción de medidas protectoras y de apoyo a las vidas ahí vividas (Rede Unida, 2020a, 2020b). También se vieron estas formas de organización comunitaria protectora en pueblos originarios y quilombos,²⁰vi cuyas prácticas de autogobierno les permitió construir barreras físicas efectivas para evitar el contacto con los grupos externos que mostró ser devastador cuando se produjo. Destacamos el accionar de los grupos indígenas del Alto Xingú que consiguieron controlar el proceso de contagio muy eficazmente (Rede Unida, 2020c). Estos procesos se presentaron en muchos países de Latinoamérica de maneras diversas según las formas organizativas de los colectivos sociales presentes en ellos.

Estos momentos de tanta crisis y dolor nos deben servir para repensar la enorme potencia que tienen estos movimientos sociales y comunidades para dar respuestas situadas y colectivas a sus necesidades. Una respuesta muy diferente a la que dan los estados-nación que siguen una modalidad única para todos los grupos sociales. Aislamiento para el conjunto de los residentes de un país, sin importar sus condiciones materiales de vida y posibilidades de cumplirlas, desconociendo aquellos grupos que sostienen formas colectivas y solidarias de vivir, donde no cabe el aislamiento individual y el sálvese quien pueda. Una respuesta estatal con eje central en el hospital y la alta complejidad, que cerró en muchos casos o limitó el acceso a los lugares o equipos territoriales para atender lo que sus propias estadísticas revelan, que más del 80% de los casos covid-19 no requieren de hospitales.

Desde los grupos que defienden el derecho a la salud en Latinoamérica, se demanda que los estados asuman o sostengan el compromiso por una acceso universal, integral, financiado y garantizado por el estado. Sin embargo, y sin dejar de defender lo mejor que se ha logrado para paliar el sufrimiento, es hora

19 Esta información fue recogida en encuentros virtuales por un grupo de compañeras académicas militantes (Celia Iriart, Silvia Faraone, Milagros Oberti y Flavia Torricelli) realizados en 2021 con Marina Yoski, quien relató las experiencias de organización que con otras mujeres lideró desde el Movimiento Popular La Dignidad, la Corriente de Emergencias Villeras y otros dispositivos organizacionales que fueron creando y recreando a medida que las necesidades emergían.

20 [NT] Quilombos en Brasil refiere a comunidades de pueblos negros libres o liberados que se constituyeron en comunidades en épocas de la esclavitud en Brasil y que se han mantenido hasta la actualidad en base a la propiedad comunitaria de la tierra.

de repensar si no estamos defendiendo ideas que poco tienen que ver con lo que sucede en las situaciones concretas, si no estamos defendiendo organizaciones sanitarias colonialistas, que instituyen el pensamiento único en salud provisto por las usinas de pensamiento llamado científico de origen mayoritariamente anglosajón. Debemos reflexionar a qué nos remite la demanda de universalidad para el acceso a prácticas integrales y financiadas por los estados tal como están configurados actualmente.

Reiteramos que lo que se observa es que las prácticas ofrecidas a la población de manera muy diferencial según sectores sociales hegemónicamente remiten a la medicina que dictan las farmacéuticas y productoras de equipamientos, y sus amplificadoras, las grandes asociaciones médicas de especialidades. Remiten a una medicina basada en la idea de cronificar, en tener enfermos permanentes, clientes que consuman prestaciones, hospitales estatales, de la seguridad social y privados que compren medicamentos y tecnología que ellos definen. Remiten también a modelos organizacionales que siguen la pauta de la comercialización, aún en el espacio estatal, con tercerización de servicios, cobros a quienes tienen coberturas financieras y que, por lo tanto, crean un acceso diferencial. Modelos organizacionales que instauraron la lógica del gerenciamiento impuesto por el capital financiero operando en salud. Es importante repensar muchas de las formas en que operan los servicios estatales en la mayoría de los países latinoamericanos, repensar los conceptos con que definen la salud y el padecimiento, y las formas organizacionales construidas para atenderlas. Reflexionar sobre esto nos permitirá comprender cuan molecular es el capital y como opera en las relaciones micropolíticas.

Los investigadores-militantes estamos ante un desafío interesante porque debemos dejar las teorías eurocéntricas e inventar nuevas posibilidades situadas en las realidades de los territorios que habitamos. Hay mucho por aprender de los pueblos originarios que nos invitan a convivir en una comunión entre humanos y no humanos, y celebrar la diversidad. Tenemos para aprender de sus formas de organización que escapa a la lógica perversa del capital y les ha permitido sobrevivir a más de 500 años de intentos de exterminio. También aprenderemos mucho de los colectivos vulnerados y, en especial, de mujeres de movimientos populares que se agrupan en redes solidarias de apoyo y construcción de nuevas re-existencias. Son movimientos con una enorme potencia contagiosa, que accionan, que inventan permanentemente formas de resolver las situaciones que se les presentan, que piensan la política como el hacer, el disputar, que cuando logran instituir algunas de sus propuestas no se quedan satisfechas, y avanzan para resolver otras necesidades, en una invención constante, vital y transformadora. Cuando sufren un retroceso en sus

luchas, no se sienten derrotadas, cuando algunas de sus iniciativas son cooptadas por los estados y vaciadas del contenido cuidador que le habían dado buscan nuevas formas, inventan más potentes herramientas y continúan creando comunitariamente, en una búsqueda constante y vital de líneas de fuga. Esto que cada vez se visualiza más, permite ver la ebullición de la vida que se niega a ser aniquilada por la necropolítica neoliberal. Mundos nuevos emergen, y seguramente no tendrán la forma de estados unificados, que siguen subordinadamente los dictámenes de los colonizadores. El capitalismo no emergió en un día, fueron 200 años de transformación sutil, subterránea, estos procesos transformadores actuales están aquí para quienes los quieran ver y acompañar.

Tenemos que unirnos a estos movimientos vitales que construyen un común, reconocen la diversidad, la necesidad de pensar los cuidados desde las diferentes necesidades y cosmologías que los colectivos humanos presentan. Esto implica una diferencia sustancial con la propuesta de pensamiento único de los sistemas de salud que promuevan una salud individual y homogénea para todos, aún en la salud pública o colectiva. Trabajar en la construcción de otras formas de democracia, que no sean las formas verticalistas, jerárquicas y representacionales de los partidos políticos. Estructuras más horizontales de colectivos en red, descentrados, que produzcan otras maneras de organizarnos. Las redes sociales tecnológicas son fuentes de dominación, pero también sirven para crear otras formas de relación que hace falta experimentar cada vez más. Buscar una democracia molecular, no representativa, que pueda colocar en jaque las relaciones de poder que se ocultan y se sustentan en los procesos relacionales. Salir de las estructuras rígidas y experimentar las relaciones que se construyen en los encuentros cotidianos, y también en las instituciones si nos permitimos dar rienda suelta al trabajo vivo en acto, y no quedar amarrados a lo instituido burocrático y a lo que va contra la posibilidad de despliegue de la vida. Abrirnos a recorrer otros caminos relacionales y encuentros entre-saberes.

Como señalamos más arriba, en la actualidad el estado-nación es una ficción y las transnacionales que dominan el mundo hoy tienen más poder inclusive, que el estado y los gobiernos de naciones consideradas poderosas, pero las corporaciones no son una máquina única sin fragilidades, sin rupturas, debemos conocer estas fragilidades y actuar en cooperación internacional entre las fuerzas antineoliberales para proteger la vida que se expresa bajo cualquier modalidad y forma. El neoliberalismo es una estrategia masiva de muerte de los humanos y de Gaia. Debemos defender la vida de todo lo vivo, si eliminamos las otras formas de vida no viviremos nosotros, sólo el cientificismo puede imaginar que si las otras formas de vida perecen

nosotros podemos continuar existiendo. Debemos tener muy en claro que el capitalismo del siglo XXI es un capitalismo necropolítico. No se trata más de ocupar el estado para desarrollar políticas de inclusión y de avance de los derechos de las mayorías. Estamos ante un desafío muy fundamental que es cuestionar la propia concepción de la maquinaria estatal capitalística. No estamos frente a un paradigma de estado nacional, que implica defender la soberanía con políticas nacionalistas. Vivimos una situación de ruptura muy fuerte de este paradigma y tenemos un déficit de conocimiento y organización para enfrentarla. La teoría política no provee las definiciones en este momento de ruptura y tenemos dificultades para entenderlo, por eso es que invitamos a les compañeres a continuar en el camino de construir cada vez más conexiones afectivas, de pensamiento y acción junto a aquellos de quienes tenemos mucho que aprender: pueblos originarios, afrodescendientes, movimientos sociales de comunidades vulneradas, de mujeres, cuerpos LGBTQI+ y tantos otros que ya están creando nuevas relaciones entre les humanes y no humanes.

Referencias

- Abelson, R. (2021). Buoyed by federal covid aid, big hospital chains buy up competitors. **New York Times**. Mayo 21. [Acceso Oct 2021]. Disponible en <https://www.nytimes.com/2021/05/21/health/covid-bailout-hospital-merger.html?searchResultPosition=12>
- Alvarez, D. (2021). **Associated Press**. Setiembre 28. [Acceso Dic 2021]. Disponible en: <https://apnews.com/article/ab57a0ab2f57129c25c40cfaee74d26f>
- Andrade, J. (2021). Família Godoy Bueno está entre os bilionários do mundo que mais ganharam dinheiro na semana. Ações do laboratório Diagnóstico das Américas aumentaram 62,5% no período. **Forbes**. Recuperado de <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/01/familia-godoy-de-bueno-esta-entre-os-bilionarios-domundo-que-mais-ganharam-dinheiro-na-semana/>
- Antunes, A. (2021). SUS: A nova tentativa de privatização silenciosa. **Outras Palavras**. Recuperado de <https://outraspalavras.net/outrasmidias/nova-ofensiva-para-cobrar-pelo-uso-do-sus/>
- Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba (ACLISA). (2022?). **Clínicas: al borde de la asfíxia, piden asistencia oficial**. Sin fecha. Recuperado de <http://www.aclisa.org.ar/web/novedad/58>
- Birn, A. E. (2014). **Philanthrocapitalism**, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda. *Hypothesis*. 12(1), e8, doi:10.5779/hypothesis.v12i1.229.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). **Cuidados y mujeres en tiempos de covid-19: la experiencia en la Argentina**. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Corvalán, D. (2017). Des-aprendizaje y pérdida de capacidades locales. El calendario nacional de vacunación en Argentina.

Ciencia, Docencia y Tecnología. (54), 1-37.

- Drucker, J., Silver-Greenberg, J., & Kliff, S. (2020). Wealthiest Hospitals Got Billions in Bailout for Struggling Health Providers. **New York Times**. Mayo 25, Actualizado 2021 Octubre 22. Disponible en <https://www.nytimes.com/2020/05/25/business/coronavirus-hospitals-bailout.html?searchResultPosition=6>
- Editorial. Pagina 12. (2021). Para Bill Gates, la próxima pandemia “será diez veces peor” que el coronavirus. **Sec. Sociedad**. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/322344-para-bill-gates-la-proxima-pandemia-seradiez-veces-peor-que>
- Faraone, S., & Iriart, C. (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: La pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Revista Debate Público**. Reflexiones de Trabajo Social. 10(20), 41-52. Disponible en http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/08_Faraone-1.pdf
- Fumagalli A. (2021). Biopolítica de las vacunas. **Revista Crisis**. Mayo 11. Disponible en <https://revistacrisis.com.ar/notas/biopolitica-de-la-vacuna>
- Gobierno de Argentina. (2020). **Decreto 332/2020**. Covid-19 - Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP). Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/covid-19-asistencia-de-emergencia-al-trabajo-y-la-produccion-atp>
- Gobierno de Argentina. (2022). **Comunicado de Prensa**. El Consejo Federal de Salud expresa su solidaridad con las y los trabajadores de salud que han sido víctimas de agresiones en los últimos días. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-consejo-federal-de-salud-expresa-su-solidaridad-con-las-y-los-trabajadores-de-salud-que>
- Infobae Económico. (2021). La Fundación Favaloro cerrará dos sanatorios por la crisis y porque la gente evita ir al médico. Infobae. Disponible en: <https://www.infobae.com/economia/2020/05/21/la-fundacion-favaloro-cerrara-dos-sanatorios-por-la-crisis-y-porque-la-gente-evita-ir-al-medico/>
- Iriart, C., & Merhy, E. E. (2022). La máquina de guerra capitalística en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal, lo privado y lo común. **Saúde em Redes**. 8 (2). Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3711>
- Iriart, C. (2020). Pandemia: neoliberalismo y sistema sanitario argentino. **Rio Cuarto**: UniRio Editorial, Colección Liberalibro E-book. Disponible en: <http://www.unirioeditora.com.ar/wp-content/uploads/2020/08/978-987-688-399-3.pdf>
- Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas intercapitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface (Botucatu)*. 21(63). doi: 10.1590/1807-57622016.0808 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160808.pdf>
- Iriart, C., & Waitzkin, H. (2006). Argentina: no lesson learned. *International Journal of Health Services*. 36(1), 177-196.
- Iriart, C., Franco, T., & Merhy, E. E. (2011). The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health*, 7:2. DOI: 10.1186/1744-8603-7-2. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/1>
- Kliff, S. (2020). Hospitals knew how to make money. Then coronavirus happened. *New York Times*. Disponible en <https://www.nytimes.com/2020/05/15/us/hospitals-revenue-coronavirus.html?searchResultPosition=1>

- Lijadad, A. (2021). Prepagas en pandemia: ganancias millonarias y empresas flojas de papeles. VCR. Columna Invitada. Disponible en https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_13001/id_13900/prepagas-en-pandemia-ganancias-millonarias-yempresas-flojas-de-papeles
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2014). 53 Consejo Directivo. 66 Sesión del **Comité Regional de la OMS para las Américas**. CD 53, Rev. 2. 2014 Octubre 2. [Acceso Enero 2022] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
- Piketty, T. (2021). **Breve historia de la igualdad**. Barcelona: Deusto.
- Rede Unida TV. (2020). Praça 12- Cuidado de proximidade - Eles querem nos matar e nós produzimos e inventamos para não morrer. Expositores de diversos movimentos sociais e indígenas. 140. **Congresso Internacional Rede Unida**. Octubre 29. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8IoAculDhJE>
- Rede Unida TV. (2020). Praça 25. Cuidado de proximidade - pandemia na rua: A experiência de tecer redes de cuidado local. Expositores activistas y pobladores de las calles. 140 **Congresso Internacional Rede Unida**. Nov 1. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=CCzaOuvzdjk>
- Rede Unida TV. (2020). Praça 22. Cuidado de proximidade – Medicina tradicional indígena – Território de re-existências. Expositores: Krenak A, Tukano A, Barreto JP, Papa C, Takuá C. Coordinador Moebus R. 140 Congresso Internacional Rede Unida. Octubre 31. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KYHPkMLZ7TI>
- Restivo, N. (2020). El fondo BlacRock, dueño de casi todo. Pagina 12. Supl. Cash. Disponible en https://www.pagina12.com.ar/258436-el-fondo-black-rock-dueno-decasitodo?gclid=Cj0KCQjwlMaGBhD3ARIsAPvWd6gGPF0d1sx66HnzDt9bsamT9O4Ws89Jjpq8ZRuOXY34COViejRHK4kaAu76EALw_wcB
- Ruiz Rico, M. (2020). **La sanidad privada saca tajada de la pandemia en Estados Unidos**. Público. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/sanidad-eeuu-sanidad-privada-saca-tajada-pandemia-estadosunidos.html>
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santo, T. B. E., Junior, H. S., Cruz, K. T. (2021). A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela covid-19. **Interface** (Botucatu), 25(Supl. 1), e200379. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>
- Smialek, J. (2021). Top U.S. officials consulted with BlackRock as markets melted down. New York Times. 2021 June 21. **Sec. Economy**. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2021/06/24/business/economy/fedblackrock-pandemic-crisis.html?referringSource=articleShare>
- Telam. Economía. Pfizer aumentó sus ingresos el 134%; US\$ 36.000 millones corresponden a la vacuna. 2021 Noviembre 2. [Acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202111/573535-pfizer-coronavirusvacuna-ingresos-laboratorio.html>
- Testa M. (1993). **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Varoufakis, Y. (2021). Techno-feudalismo is taking over. Project Syndicate. Junio 28. [Acceso Set 2021] Disponible en <https://www.project-syndicate.org/commentary/techno-feudalism-replacing-market-capitalism-by-yanis-varoufakis-2021-06>
- Vidal, S. (2022). Ética y negociaciones para el acceso a vacunas: excepcionalismos metodológicos y éticos. Revista Colombiana de Bioética. 17:1 (edición especial): en prensa.

La organización no existe. La organización existe: una conversación sobre la micropolítica del trabajo, la educación permanente y el análisis institucional²¹

Emerson Elias Merhy

En la perspectiva de que donde hay formalidad hay informalidad, donde hay aparato, hay una plaza, donde hay directivos hay multitud de gobernantes, donde hay trabajo muerto hay trabajo vivo se puede apostar por la construcción de una caja de herramientas conceptual, que dé visibilidad y decibilidad a nuevos elementos constitutivos de las organizaciones. Es entonces la pregunta: ¿Existe una organización?

Después de todo, ¿Qué es una organización?

Esta pregunta surgió dentro de un grupo de trabajadores de una organización pública, a partir de la designación de un problema aparente por parte de uno de los participantes, sobre el hecho de que allí, en el mundo del trabajo, los componentes del grupo actuaban diariamente manteniendo conversaciones paralelas en los pasillos, informalmente, todo el tiempo. Y lo que es peor, esto consumió sus capacidades para hacer las tareas formalmente acordadas en sus centros de actividades.

En ese momento, estaba actuando como un apoyador institucional del grupo y frente a este discurso les pedí a todos los participantes: describan todas las reuniones de ayer, en el trabajo, que ayudaron a producir y qué tipo de conversación se hizo, preguntando qué se hizo desde esto hasta el núcleo de las actividades de cada uno.

Durante unos 40 minutos se formaron varias ruedas por sí solas, y en ellas se produjeron numerosas narraciones.

- Ayer, hablé en el pasillo y cambié ideas importantes para las cosas que estaba haciendo. Luego me encontré hablando por mi teléfono celular, en el café, afuera cuando fumaba. Seguí hablando en el almuerzo y en el auto, yendo a casa. Podría describir una gran cantidad de lugares en los que participé en conversaciones sobre el trabajo, tomando ideas y decisiones sobre qué hacer,

²¹ Publicado originalmente en: L'Abbate, S., Mourão, L. C., & Pezzato, L. M. (2013). Análise institucional e saúde coletiva. São Paulo; HUCITEC, 636 p.

cómo hacerlo, con quién hacerlo.

- Una cosa que me llamó la atención, además de todo lo que ya ha dicho él, fue que en una de las conversaciones que tuve, en un momento informal, decidimos sobre otro trabajador que no estaba en la conversación, pero que sufriría efectos de lo que habíamos hablado.
- Recuerdo haber reservado una conversación fuera de servicio para hacer una conversación sobre el trabajo y lo hice intencionalmente.

Varios informes después, pude ver en todos ellos que habían descrito más de 35 situaciones diferentes experimentadas, desde lugares informales, en las que había sucedido algo significativo, considerando la dinámica del mundo del trabajo de todos, allí en la vida cotidiana en la organización.

Y luego viene de nuevo la pregunta con la que abrí este texto: ¿Cuál es la organización con la que trabajas? ¿Qué se describe formalmente como o esto que estás dibujando como un acontecimiento, en acto, en la vida cotidiana, en reuniones en espacios institucionales que se producen y (des)producen en el movimiento mismo de encuentros y actos de discurso que se operan allí?

A partir de ahí, tuvimos una larga conversación sobre el encuentro, su micropolítica y las redes de conversaciones como formas de materializar la llamada organización como una fabricación permanente de agentes institucionales. Abrimos la noción de que no existe polaridad formal o informal, como espacio y disposición organizativa, que por el contrario una organización debe ser “vista” bajo este pliegue en todo momento: formal e informal. Reflexionamos sobre la noción de que los agentes actúan, incluso cuando producen actos de habla, cuando están inscritos en relaciones conversacionales y problematizamos las nociones de lo que sería este actuar como una conversación.

Podríamos argumentar que las líneas de fuerzas que operan en estos encuentros son como multiplicidades en la institucionalización y circulan por aquellos que están allí, en el acto de la conversación misma, siempre actualizándose, siempre sucediendo e instituyéndose, de modo que en un próximo movimiento están actualizadas y reinstituidas o desorganizadas, abriéndose a nuevos procesos de institución de relaciones y arreglos organizacionales.

Vuelvo a esto, más adelante, para explorar lo que producimos allí en el colectivo como una construcción colectiva de una cierta inteligencia de conceptos-herramientas-, para que podamos darnos cuenta de lo que efectivamente fue el mundo del trabajo en el que se inscribieron con los productores y efectos, con el objetivo de operar con deseos más trabajados colectivamente y acciones más “habladas”

como formas de llevar a la escena hechos más colectivamente contruidos e implicados en el plan del grupo. Sin embargo, sin la ilusión de que todo sería visible y formal, de hecho, asumido por ellos como una imposibilidad real.

Una imagen en la televisión muestra un avión estrellándose contra las Torres Gemelas en Nueva York. Inmediatamente la noticia está transmitiendo la información de que miles de personas habían muerto y que otras resultaron gravemente heridas. Millones y millones que entran en contacto con este evento, afectados por él, responden a esta afección. Algunos van a sus templos y comienzan a rezar a su “dios” agradeciendo la pelea con el demonio que había tenido lugar allí, otros se sorprenden y se sienten heridos, maltratados. Tantos otros, tratan de entender lo que está sucediendo, allí, buscando una cierta distancia afectiva y emocional de lo que les afectaba.

El mismo evento, como un hecho y acontecimiento, será producido por millones y millones como algo que tiene sentido de las más diversas maneras. Para muchos, de hecho, hubo una lucha entre el bien y el mal, vista desde diferentes puntos de vista. Para muchos, el mal eran los “terroristas” árabes, los fanáticos religiosos, los musulmanes, para otros, eran los capitalistas estadounidenses, aliados del diablo y quienes debían ser eliminados en una verdadera guerra santa.

Estos puntos de vista comparten el mismo perspectivismo²², ya que miran el mismo mundo desde diferentes lugares. Sin embargo, hay otros que miran a otro mundo, allí, y que, cuando se ven afectados, construyen el evento como un hecho muy distinto. No hay lucha por el bien contra el mal, hay modos de confrontación y resistencia entre fuerzas sociales y políticas, que se posicionan en oposición al otro y que disputan formas de construirse como una sociedad, tan diferente, que solo se puede apoyar la eliminación del otro.

Para aquellos que no comparten esa cosmovisión, del bien contra el mal, lo que está en juego es la construcción o no de un mundo, en el que la diferencia no solo se apoya, sino que se desea. Se ve otro mundo (Viveiros de Castro, 2010).

Independientemente de si resuelven o no estos choques de puntos de vista o perspectivismo de mundos diferentes, lo que registro aquí es que un evento para convertirse en un hecho necesita ser gestado de significado

22 [NT] El perspectivismo es un concepto elaborado por el antropólogo brasileño Eduardo Viveiros de Castro para expresar una cosmovisión de los pueblos indígenas de la región amazónica, donde cada ser o “persona” tiene una perspectiva de la realidad, ya sea humana, animal, vegetal o mineral.

y, esto, se hace de tal manera que la polisemia en el ejercicio de la construcción del evento como un hecho, conduce a la posibilidad de ser producido en el campo de la significación. Un evento que se convierte en un hecho, porque tiene sentido, y que pide la posibilidad de simbolizarse a sí mismo, de ser significado.

Lo cual posiciona para mí, la pregunta que me interesa, en este material: ¿Existe o no existe el hecho? Y yo digo, existe y no existe.

Claramente, al menos para mí, aquí en esta situación de lo ocurrido el 11 de septiembre de 2001, su construcción como algo que tiene sentido colectivamente, pasa por toda esta producción que señalé y posiciona que no basta con constituirse como un evento, hay que producirlo como un hecho, pero esto solo ocurre de manera polisémica, de tal manera que lo que es un hecho para uno no es lo mismo para otro (Latour, 1997). Estar profundamente demarcado por los puntos de vista y perspectivismos en juego.

Su conformación moviliza líneas de fuerzas de diversos tipos como actos micropolíticos y macropolíticos para cada uno en el otro y para el otro, en una tensión permanente entre molecularidades y molaridades.

Al añadir esta posibilidad de señalar que algo existe y algo no existe, en el mismo juego de temporalidad, señalo nuevos elementos en esta constitutividad que tiene que ver con estas relaciones de poder y tensiones de los actos, que marcan la constitutividad de lo que se puede llamar una organización misma.

Para esto, traigo mi relato de una situación que viví en un curso que impartí sobre el tema de la micropolítica y los arreglos organizativos en el mundo del trabajo, en el que traté de trabajar cómo los diversos perspectivismos, pueden producir mundos en el mundo-que-se-está, es decir, como procesos colectivos de enunciación, abriendo otros territorios de subjetivaciones para navegar en otros órdenes de decibilidades y visibilidades, implicando las posibilidades de nuevos procesos relacionales y existenciales, allí, donde sólo un mundo parecía posible.

A partir de la experiencia vivida, con colectivos en “organizaciones”, pudimos elaborar la noción de que los dobles de los aparatos institucionales son las ruedas y las plazas, en pliegues, hasta el punto de que donde hay aparatos, hay ruedas, hay plazas (Merhy, 2004). En la experiencia a continuación, experimentamos esto, ya que exploramos al comienzo de este curso los posibles arreglos organizativos que hicimos del “aula”.

Después de que todos llegaron para la apertura, había unas 50 personas, nos presentamos de una manera muy formal y rápida, y luego generamos una demanda: que cada uno buscara formar grupos con unas 5 personas que estaban a su alrededor, que ocuparan el lugar de la manera que mejor les pareciera para presentarse unos a otros y decir lo que vinieron a hacer allí.

Antes de volver a una conversación sobre lo que habían producido, hicimos unos 20 minutos de diferencia para “café” (sic), porque de hecho me interesó que en ese tiempo abrieran conversaciones sueltas sobre lo que habían visto y producido en el grupo, para explorar más tarde este “momento plaza de encuentros”.

Después de eso, después de eso le pedimos a cada uno que informara cómo había sido la conversación y comenzamos una charla sobre lo que había pasado con ellos.

- Destacamos, confirmado por el material que trajeron los grupos, que todos habían venido a “sufrir” o “recibir” un curso de un “experto” que podía decirles qué era la micropolítica y qué tenía que ver esto con la vida institucional de cada uno;
- También hablamos sobre el hecho de que los grupos rompieron la organización estética de la sala de varias maneras: algunos, se sentaron en el suelo, otros se sentaron invertidos en las sillas fijas y, otros más, ocuparon el espacio de la mesa del “experto” e hicieron una rueda de conversa;
- Discutimos partes de los reportajes que traían, haciendo varias notas sobre la construcción de las narrativas que se habían llevado a cabo, que comenzaron tratando de responder a la demanda que puse, pero que rápidamente fueron adquiriendo sus propias vidas, incluso como una producción colectiva que tenía más que ver con el grupo que inició los informes entre ellos;
- Hablamos un poco sobre el cambio de momento que todo esto estaba causando en los participantes y que cuando regresaron al grupo grande y al comienzo de la charla, todos y cada uno sintieron una cierta “conexión” que no existía cuando llegaron, continuamos hablando de ello apuntando la idea de que habían dejado la “pretarea” y la “acerca de la implicación” que los había llevado imaginativamente a participar en el curso que construyeron para sí mismos, antes;
- Finalmente, ellos mismos se mostraban, apoyados por mí en la conversación, cómo estaban inventando cosas que no existían antes de llegar, usándose a sí mismos, sus subjetividades, sus deseos, sus voluntades y cómo esto les hacía romper con lo que estaba muy bien organizado antes, al menos aparentemente, de la oferta de un curso.

En posesión de estos temas que estábamos construyendo allí, estábamos “detallando “ algunos elementos que nos parecían importantes para elaborar más ideas a partir de ellos. Hicimos una larga charla sobre los dispositivos institucionales, sus estrategias de poder y su estética, lo que permitió un reconocimiento por la propia experiencia que allí estábamos operando que estos dispositivos existían, pero no existían, porque cedían la penetración de otros dobles, en ellos, como los arreglos sobre ruedas y en las plazas de los colectivos que estaban siendo fabricados por el movimiento vivo de los encuentros , que se estaban produciendo allí dentro del “aula” como un gran aparato institucional.

El momento del “café” (sic) volvió a la escena, porque pregunte si en ese momento seguían hablando y si recordaban de qué hablaron o al menos parte de ello. Fue muy interesante el retorno y la percepción de este momento en que se reconocieron en lugares informales, produciendo encuentros y nuevas situaciones en conexión con los demás. Esto fue bien utilizado para hablar de los dispositivos y sus dobles, las ruedas y las plazas desde la perspectiva de una micropolítica de los encuentros.

Cada uno se manifestaba al respecto con cierto asombro, pero reconociendo en sus múltiples formas de producir sus propias vidas, como redes de conexiones existenciales, algo muy similar, que no habían “visto”. Esto abrió una conversación en la secuencia sobre la producción de lo visible y la cuestión diferencial entre el punto de vista y el perspectivismo. El punto de vista en el compartir del mismo mundo desde diferentes lugares para mirarlo y el perspectivismo como distintas formas de producir mundos (Viveiros de Castro, 2010).

Con esto, se intensificó la conversación sobre la disputa que se colocaría en cada acto de la producción de significados ya dada para el encuentro con el otro y la invención de nuevos significados, y cómo esto es clave para entender qué es la política bajo esta mirada, en la medida en que cada acto en la producción de conexiones existenciales con otros estamos inmediatamente inmersos en la acción micropolítica.

Cada encuentro llega a ser visto como una micropolítica en sí misma, por poner en la agenda el ejercicio del poder, las conexiones de poder y la invención de significados para vivir otros mundos posibles, como las multiplicidades, que trajeron a la prosa la conversación sobre la producción de la diferencia como enriquecimiento de vivir en colectivos (Foucault, 2010).

Esta larga conversación estaba siendo ejemplificada por la vida de cada uno de los que estaban allí, incluido el mío, y se estaban dando cuenta de que el curso que esperaban no iba a suceder, porque el proceso de construcción colectiva del conocimiento se estaba llevando a cabo allí, en acto, entre todos.

Al final del primer día, recogimos nuevas inquietudes: cómo podrían aprender a hacer lo que se estaba haciendo, volviendo al tema del conocer para actuar y actuar para saber, además de la problematización más intensa sobre lo que, finalmente, era una organización desde la perspectiva de esta conversación que habíamos tenido sobre la micropolítica de los encuentros.

Comenzamos al día siguiente, también, con una dinámica que generó una gran charla sobre algunos ejes de conversación, entre los cuales el conocimiento como representación y el conocimiento como caja de herramientas, problematizando el saber para hacer o vivir para conocer, y sobre la organización como una virtualidad, nuestras sobre implicaciones y su actualización en nuestros actos de vida.

Para construir este momento, optamos por un taller simulando escenas del mundo laboral en el campo de la salud, bien conocido por todos los presentes de una manera u otra, o porque la mayoría eran profesionales del área o porque, que no era profesional, tenía la experiencia de usuario de salud, que de una manera u otra permitía operar esta dinámica con relevancia. A partir de lo que se estaba produciendo, entramos en la conversación sobre la educación permanente y el trabajo vivo en acto, de (en) nosotros (Merhy; Feuerwerker, 2012).

Sigue una síntesis²³ del debate que siguió, la cual adapté de manera más formal para la construcción final de este texto sobre la organización como un acontecer en los actos, trayendo así el uso de los diversos conceptos de herramientas ofrecidos hasta ahora, dando visibilidad a la forma en que conectamos todos los procesos reportados y educación permanente en el campo de la micropolítica de trabajo vivo en acto, buscando dar consistencia a lo que hemos estado produciendo con la idea de que la organización existe, pero no existe, vivida allí en la vida cotidiana de los procesos productivos del mundo del trabajo.

La vida cotidiana del mundo del trabajo de la salud está habitada por vectores de fuerzas que se encuentran y se tensan a cada acción, a cada encuentro. Los vectores del territorio del trabajo muerto y los

²³ Esta síntesis se debe al texto mencionado anteriormente, que produce con Laura Macruz Feuerwerker (2014) sobre el tema de la micropolítica del trabajo vivo, las tecnologías en salud y la educación permanente.

del trabajo vivo. Los diferentes modos de producción de cuidados tienen tensiones singulares entre ellos, así como sus propias composiciones tecnológicas, de tal manera que el trabajo muerto existe y no existe, en la medida en que solo el trabajo vivo y viceversa se realizan en su doble.

En el territorio del trabajo muerto se instituyeron fuerzas desde la conformación como productos de momentos anteriores de trabajo vivo. Estos productos por regla general se presentan en forma de una materialidad dura, tales como: equipos, espacios arquitectónicos, suministros, entre otros; que son utilizados y consumidos en los procesos laborales liderados por el trabajo vivo, operando colectivamente. Y en este aspecto este mundo del trabajo muerto actúa interviniendo en la forma misma de vivir el trabajo para presentarse en los procesos de producción del cuidado. En esta dimensión vale la pena analizar los modelos de cuidado que están involucrados allí y que solo pueden ser vistos por la construcción de otra mirada que ve el otro territorio, el del trabajo vivo.

Este territorio termina definiendo el modelo de cuidado, porque está en acto y se actualiza como un evento, que se ajustará a la producción del cuidado, incorporando de este hecho al menos dos grandes dimensiones para ser resaltadas y entendidas.

Uno, que se refiere al trabajo muerto que actúa desde el conocimiento tecnológico, que operan como lugares estructurados a priori que pretenden gobernar el trabajo vivo en acción en el momento de los procesos de construcción del cuidado. Otra, que se refiere al trabajo vivo en acto, en su encuentro con el otro, y que existe solo en ese momento, en el acto, sin el cual deja de existir. Este no es el caso con el conocimiento tecnológico y las tecnologías duras.

Esta tensión interna en el territorio del trabajo vivo y la forma en que se resolverá como un acto productivo es lo que marca el tono de las formas de cuidar y es inseparable del mundo de la gestión en el campo de la política y la organización. Y, es en este lugar que se abre la posibilidad de construir estrategias de acción en el campo de la educación permanente, porque entendemos que es en el mundo del trabajo donde la formación se materializa efectivamente a pesar de las diversas modalidades de capacitación a las que se somete la fuerza laboral.

Llevar el mundo del trabajo como el “medio” del proceso pedagógico y de aprendizaje del trabajador con su propia acción productiva, constituye, en nuestra perspectiva, el camino que la gestión - como espacio institucional habitado por los actores reales que constituyen de la organización en la vida cotidiana - plantea como una posibilidad de poner a través de la educación permanente para hacerlo

bajo análisis y campo de intervención, exponiendo a sus propios hacedores desde una perspectiva ético-política. Por lo tanto, se centra en la comprensión y problematización de las propias acciones individuales y colectivas de los trabajadores, allí en su mundo productivo, implicadas política y organizativamente con la conformación de un determinado campo de prácticas de salud y no otro.

En este tipo de proceso lo que entra en juego es el concepto-herramienta central de que se pueden fabricar otras formas organizativas de vivir los colectivos en producción, en el mundo del trabajo, precisamente porque la organización existe, pero no existe y se actualiza permanentemente por las acciones de sus propios colectivos, que también están en un intenso proceso de institucionalización, en un campo de disputa de mundos con implicaciones éticas y políticas clave para el procesamiento de actos productivos.

La experiencia entre los estudiantes, allí en el taller de este segundo día, de los diversos lugares que ocuparon como trabajadores y como usuarios en encuentros simulados de lo que se produce en el mundo del trabajo en salud, a partir de sus propias acumulaciones existenciales previas, nos permitió explorar más a menudo las bases conceptuales en el campo de la educación permanente en salud como un lugar de prácticas abiertas a nuevas posibilidades, en el campo de la multiplicidad de la acción productiva centrada en la micropolítica del trabajo vivo en acto y en los afecciones de los encuentros intercesores constituidos en ella.

El primer punto fue el reconocimiento de que la salud se produce en acto y el cuidado es un evento y lo que esto implica en la perspectiva de que el producto del trabajo de salud solo existe durante el acto mismo de su producción y para aquellos que están directamente involucrados en el proceso, como trabajadores y usuarios.

Para la realización de un acto de salud, los trabajadores utilizan valijas tecnológicas, compuestas por tres modalidades tecnológicas: las duras, que corresponden a los equipos y medicamentos; las blandas-duras, que corresponden al conocimiento estructurado, así como a la clínica y epidemiología y las blandas, que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos y cuidar de los usuarios (Merhy, 1997, Merhy, 2002).

Lo que da vida en el acto del trabajo sanitario son las tecnologías blandas, que permiten al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, dando sentido al uso de las tecnologías duras y blandas-duras, pero considerando que las primeras sólo tienen lugar junto con las segundas.

Es en este espacio – del trabajo vivo en acto - que los trabajadores reinventan día a día, su autonomía en la producción de actos de salud. Es en este espacio, privado por excelencia, vivido en el plan del colectivo de trabajo, que se produce la relación intercesora entre trabajadores y usuarios, en el que la libertad de hacer las cosas se construye y reconstruye de una manera que produce sentido al menos para el trabajador.

Por lo tanto, el trabajo de salud no es completamente controlable, porque está centrado en las relaciones entre “individuos multitud” en todas las fases de su realización y siempre sujeto a los designios del trabajador en su espacio autónomo, privado, de realizar la práctica, en un evento intercesor en el encuentro con el otro, en un juego de afecciones y afectos (Merhy, 2005).

Los servicios de salud, entonces, son etapas de la acción de un conjunto de actores, siempre en producción en una micropolítica del encuentro intercesor, que tienen intenciones diferentes y que disputan el significado general del trabajo. Trabajan mezclando, no siempre de forma evidente, entre sus territorios privados de acción y los procesos públicos y colectivos de trabajo.

A partir de esto, la condición indispensable para que un trabajador u organización decida sobre cambios e incorporación de nuevos elementos en su práctica es el inconveniente que se produce en su campo de significado establecido, pidiendo “nuevas formas de expresión” por la percepción de que la forma actual de hacer o pensar es insuficiente o insatisfactoria para enfrentar los desafíos de su trabajo. Este inconveniente o percepción de insuficiencia tiene que ser intensa, vivida y percibida. No es producido por aproximaciones discursivas externas. La experiencia y la reflexión sobre las prácticas son aquellas que pueden producir malestar y la voluntad de producir alternativas de prácticas y conceptos, para enfrentar los desafíos de las transformaciones. Es lo que le permite “navegar” por los dispositivos actos plaza.²⁴

En este punto del debate que se desarrolló, con el grupo de estudiantes, sobre el proceso de trabajo tomado como objeto de reflexión participativa y activa por parte de los trabajadores, aprovechando el campo de la salud para ello, pero refiriéndose a todos los demás campos productivos en sí, el tema del análisis institucional se convirtió en un punto de discusión, en particular, porque reconocemos la complejidad inscrita en todo esto, con respecto a: la lucha de poder, las lógicas corporativas, los problemas

24 [NT] Merhy utilizase la palabra “plaza” como metáfora de los encuentros en los espacios públicos y también se utiliza como espacios políticos y micropolíticos, en analogía con el ágora de la experiencia política de la polis griega.

poco estructurados, la escasa gobernanza para enfrentar problemas críticos y las lógicas de los colectivos en autogestión para operar los procesos organizacionales, pudiendo exponer para análisis sus sobre-implicaciones en las acciones.

Esto se debe a que considera que el análisis institucional ofrece una caja de herramientas para la gestión de este proceso en colectivos organizacionales, buscando posicionarse en la búsqueda de la elucidación de prácticas sociales en instituciones basadas en las acciones de estos colectivos. Con ella es posible revelar las relaciones que los individuos y los grupos establecen entre sí, como relaciones en el campo de las instituciones. Además de las racionalizaciones ideológicas, legales, económicas y políticas, esta clarificación muestra que los lazos sociales son, sobre todo, un efecto del no-saber de los actores sobre la organización social, sobre sí mismo y el otro. Es necesario convocar el significado, cuestionarlo, obligarlo a hablar (Ardoino, & Lourau, 2003).

El análisis se define como un proceso colectivo, del cual cada uno debe apropiarse en una situación. El analizador es un dispositivo natural o construido que permite dicha apropiación. La autogestión, la institucionalización, la implicación, el analizador, el análisis, las demandas sociales colectivas y la intervención son conceptos con los que hay que ver el análisis institucional.

Explicar y analizar las implicaciones y sobre-implicaciones – las de significados psicológicos (afectivos y libidinales), lógicos y políticos (institucionales, reconocimiento, posiciones de donde se habla, intereses de clase, transversalidades, opciones ideológicas, entre otros) – posibilita comportamientos individuales y colectivos significados y dimensiones ignoradas por las formas de análisis psicológicos y organizacionales (Ardoino, & Lourau, 2003).

Este proceso es fundamental para que el trabajador se convierta en coautor de su propia historia. Convertirse en autor es la capacidad conquistada de ser su propio coautor, de situarse explícitamente en el origen de los propios actos, en el origen de uno mismo como sujeto-multitud en el evento. Uno de los propósitos de la educación permanente sería contribuir para que cada colectivo pueda adquirir la capacidad de ser su propio coautor a través de un proceso de reinención de las instituciones y su mundo de trabajo, en particular.

Todo el lugar intensamente habitado por hacer opera en el campo de los procesos de subjetivación, expresándose en la construcción de territorios de subjetividades comprometidas con la producción de ciertos significados para esas prácticas. Un modo de producción de la atención de salud, por ejemplo, que opera por flujos de intensidad, mediados por tecnologías de trabajo, produce y también se produce de acuerdo con los afectos entre los sujetos-multitudes que allí lo constituyen. Es decir, cuando producen el mundo de cuidado en salud, se producen a sí mismos y se afectan mutuamente, lo que los imprime con una cierta identidad subjetiva, en la alteridad. Es como en un efecto pororoca²⁵, en una producción de ir y venir, esta última, a su vez, produce ese mismo mundo, ahora, ya de otra manera, porque ya bajo la influencia de la acción de una nueva subjetividad, que fue construida por el mismo sujeto de acción en su alteridad (Merhy, 2005).

En el mundo del cuidado esta afectación mutua ocurre cuando trabajadores y usuarios se abren al encuentro, reconociéndose mutuamente como legítimos sus respectivos conocimientos y expectativas, negociando y construyendo de manera compartida los proyectos de cuidado, que siempre están en disputa.

Cuando existe esta apertura, los encuentros entre trabajadores y usuarios se convierten en lugares de manifestación de grandes conflictos y desafíos. Conflictos sobre la autoría del plan de cuidados, el papel de cada profesional y usuarios/cuidadores en la producción del cuidado en un espacio privado, pero invadido por lo público; conflictos frente a la convivencia íntima de profesionales con necesidades, sufrimientos, valores culturales y religiosos antes sólo vislumbrados.

Desafíos en vista de la necesidad de desarrollar nuevas tecnologías de cuidado ; desafíos de construir otro equilibrio entre los diferentes tipos de tecnologías involucradas en el trabajo de salud; desafío de construir un equipo con un trabajo efectivamente orientado y movilizado por las necesidades de salud y no solo del usuario, sino de los colectivos familiares – en cualquier formato que se establezca en la relación de un determinado parentesco, biológico o no, pero afectivo - en cuestión; desafío de superar la fragmentación del sistema de salud y producir una continuidad de la atención dentro de una línea de cuidado , construida en acción para cada situación.

Para aspirar y lograr tanto, este trabajo humano tiene que ser capaz de animar formas de existencias prohibidas y anti productivas y tiene que permitir que la vida produzca vida. Para los gestores y trabajadores en la producción colectiva de trabajo de salud darse cuenta de todo esto es fundamental. Sin esta referencia, pensar en el trabajo es casi moverse a ciegas, atado a un nivel que explica poco.

25 [NT] Pororoca es el punto de encuentro de grandes ríos, con el río Amazonas y el mar, creando un fenómeno de grandes olas y aguas turbulentas.

Es necesario problematizar la cuestión que el complejo mundo del trabajo no es un lugar de la homegeneidad, sino de multiplicidad, diversidad y diferencia, tensión y disputa. Es importante desmitificar la idea de que el ambiente de trabajo es armónico en sí mismo. Reconocer la diversidad, los procesos de formación de subjetividades, la forma singular de producción del cuidado, el trabajo vivo dependiente, que revela los afectos, la potencia productiva y la riqueza de la praxis.

Cuidarse uno mismo es requisito para cuidar de los demás, dar potencia al trabajador para su producción diaria y el proceso auto analítico puede crear este efecto en el equipo. Abordar este proceso auto analítico es lo que pretende la educación permanente. Mirar la vida cotidiana, en el mundo del trabajo, y poder ver las formas en que se producen significados, las palabras están embarazadas de actos productivos, haciendo de este proceso el objeto de la propia curiosidad, viéndose a sí mismos como sus fabricantes y pudiendo dialogar en el propio espacio de trabajo, con todos los otros que hay, no es solo un desafío, sino la necesidad de hacer del espacio de gestión del trabajo, del sentido de su hacer, un acto colectivo e implicado, al servicio de la producción de una vida más individual y colectiva.

Hacer del mundo del trabajo, en su micropolítica, un lugar para hacer explícitos estos elementos de intenciones e implicaciones, para constituirlos como materia prima para la producción de redes de conversaciones colectivas entre los diversos trabajadores, que tienen la vida cotidiana de los servicios y equipos de salud, es explorar esta potencia inscrita en las acciones productivas, como actos subjetivantes. Así que el mundo del trabajo es una escuela. Es un lugar para detenerse en objetos de acciones, de haceres, saberes y agenciamientos sujetos. El mundo del trabajo en los encuentros que provoca está abierto a nuestras voluntades y deseos, condenándonos también a la libertad y a estar ante nosotros mismos, en nuestros actos y nuestras implicaciones.

La educación permanente trae varios beneficios metodológicos para que los colectivos se pongan en análisis y se produzcan de otras maneras. Mapas analíticos (Franco, & Merhy, 2009), El diagrama de flujos analíticos y la red de peticiones y compromisos (Merhy, 1997, Franco, & Merhy, 2003) son algunas de las herramientas que nos permiten percibir la micropolítica del trabajo vivo y muerto en acto, operando las tecnologías y la construcción de productos y los resultados de los actos productivos, y la composición tensa de los campos donde opera: *la política, la organización y la producción*.

Finalmente, estos experimentos que reporté durante el texto nos obligan a pensar en “el hecho” de que las instituciones somos nosotros y las fabricamos o no en nuestros actos vivos implicados, y como tales, las organizaciones son virtualidades que con nuestras sobre-implicaciones las producimos y las actualizamos con nuestras acciones.

Pero aún en el intento de hacer un cierre, apertura, sobre lo que se ha presentado hasta ahora, buscando e inspirado en las conversaciones de Peter Pal Pelbart y Antonio Negri, ofrezco algunas ideas que ayudan a pensar que estas formulaciones no están fuera de los procesos de producción de la vida, en nuestro tiempo.

Época en la que la gestión de la vida se convirtió en un lugar común. Todo el mundo lo invoca, desde los que se ocupan de la manipulación genética hasta los que emprenden guerras planetarias. La vida misma se ha convertido en un campo de batalla. A la velocidad de la digitalización generalizada, la economía semiotiza todas las áreas de la vida, colonizando en gran medida las esferas de la cultura, la inteligencia, la atención de la emoción, el tiempo, el espacio y el cuerpo propio (Pelbart, 2003).

Sin embargo, la invención es la potencia del hombre común. Todo el mundo inventa en la densidad social de la ciudad, en la conversación, en las costumbres, en el ocio: nuevos deseos y nuevas creencias, nuevas asociaciones y formas de cooperación. En esta economía afectiva, la subjetividad no es un efecto o superestructura etéreo, sino una fuerza viva, cantidad social, potencia psíquico y político. Las fuerzas vivientes en lugar de ser sólo el objeto de la vampirización por parte del Imperio son positividad inmanente y expansiva, que el Imperio se esfuerza por regular, modular, controlar, pero escapan. Al mismo tiempo que estamos “atrapados en una trampa”, como dice Guattari, estamos destinados a las aventuras más inusuales y exaltantes. Ciertas prácticas estéticas, urbanas, sociales y políticas pueden considerarse como eventos que reabren procesos subjetivos y sensibles (Pelbart, 2003).

Otros mundos son posibles en nosotros.

Referencias

L'Abbate, S., Mourão, L. C., & Pezzato, L. M. (2013). **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo; HUCITEC.

Ardoino, J., & Lourau, R. (2003). **As pedagogias institucionais**. São Carlos: RiMa.

Feuerwerker, M. L. (2005). Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, 9 (18), 489- 506.

- Feuerwerker, M. L. (2014). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Foucault, M. (2010). **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: WMF Martins Fontes. 3ª edição.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2003). O Uso das Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP). In: Franco, T. B. et al. **Trabalho em Saúde São Paulo**: Hucitec.
- Franco, T. B., & Merhy E. E. (2009). Mapas analíticos: uma mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colectiva**, 5(2), 181-194. Argentina.
- Latour, B. (1997). **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Merhy, E. E. (1997). Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). **Saúde. A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2005). Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro, R, Mattos, R (org). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, 2, 147-160.
- Merhy, E. E. (2006). Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças (prefácio) in Aciole, G.G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, Campinas-Sindmed.
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. M. (2012). Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado in Mandarino, A.C.S. **Informar e Educar em Saúde**: análises e experiências. Salvador: EDUFBA.
- Pelbart, P. P. (2003). Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras.
- Viveiros de Castro, E. (2010). **Encontros**. São Paulo: Azougue Editorial.

Los anormales del deseo: ¿los nuevos no humanos? Señales que vienen de la vida cotidiana y de la calle²⁶

Emerson Elias Merhy

Ante la invitación a escribir sobre los derechos humanos, la salud y la participación, opté por reflexionar sobre la producción de lo anormal en diferentes momentos de nuestras configuraciones sociales, sin querer agotar el tema y sin ser completamente exhaustivo, a priori un imposible. Acepté, para empezar, una cierta invitación foucaultiano a pensar los anormales, hoy, cuando hay un enorme esfuerzo, por parte de sectores conservadores, para liderar la construcción de un imaginario social que haga visible a los usuarios de drogas como zombis, no humanos. Como victimizados por la captura-dependencia que les provocarían las sustancias químicas ilícitas, de tal manera que dejaron de ser sujetos deseantes para ser meros objetos inertes e irresponsables, respecto a sus propios actos.

Este proceso actual ha movilizado muchos recursos por parte de diversos sectores sociales, como expresión de las conquistas que el pensamiento conservador y reaccionario ha producido, incluso con el apoyo de una amplia red multilingüe de producción comunicativa, que utiliza los más variados vehículos de comunicación masiva de imagen, oral y textual. Además de esto, han logrado aliarse con cierta agrupación social que defiende para sí formulaciones tomadas como “científicas” y, por lo tanto, productoras de las verdades sobre el problema que ellos mismos nombran, como las expresadas por ciertas entidades corporativas en el campo de la salud, como: consejos profesionales, sociedades de especialidad, e incluso por figuras populares que atraviesan todos estos lugares, como los médicos mediáticos, por ejemplo.

Mis preguntas aquí, entonces, van en la dirección de tratar de entender por qué hay tanta inversión en esta producción imaginaria, qué podemos aprender de ella si nuestro tema es la producción de lo anormal del momento, y qué tipo de sociedad se está construyendo o apostando con este proceso y los caminos que han ido generando. Qué tipo de vida hacemos posible con esto, cuáles prohibimos, y si podemos aspirar a otras.

26 Texto publicado originalmente en portugués en lo Conselho Federal de Psicologia (Merhy, 2012).

Siguiendo un poco el eje sobre lo anormal podríamos pensar qué había en el juego imaginario cuando los “leprosos” eran los iconos de esta representación. En ellos se veía la fuerza de la maldición divina ante los de alma impura, los pecadores que no se resignaran, los que no dieron cuenta de eliminar el pecado original. Más que afirmar la maldición en sí, lo que se estaba afirmando era lo divino, su metafísica y su fuerza sobre los humanos, incluso determinando cuáles serían los humanos que tendrían posibilidades en su peregrinaje a otra vida, después de la muerte, o los que no tendrían porque perdieron esa posibilidad por no ser ya tan humanos. Ser leproso tenía una fuerza simbólica más allá de cualquier enfermedad específica.

La fuerza de esta construcción milenaria sigue presente hoy en día, pero podemos decir que a principios del siglo XIX ya estaba instalado otro grupo de anormales que desplazó a la “lepra” como icono de la anormalidad, los locos. No cualquier loco, como “bromea” Machado de Assis en su cuento *El Alienista*²⁷, sino lo que podemos llamar “locos muy locos”, porque son aquellos poseídos de tal desrazón, que desorganizan y perturban a quienes se consideran a lo sumo “poco locos”. Pinel, a principios del siglo XIX, tendrá un papel relevante en esta producción, junto con varios otros profesionales del ámbito sanitario, y contribuirá a marcar la trayectoria de este proceso durante décadas, aunque bajo visiones de verdades diferentes a las suyas.

Este nuevo icono va a ocupar un lugar especial en aquellas sociedades más actuales que necesitaban afirmar que para “ser humano” había que poseer la capacidad de hacer uso de la buena razón. Una razón que no sólo evolucionaría para ser cada vez más refinada, sino que también y por tanto humanizaría el mundo y a los incivilizados. En estas sociedades, ya no tan aprisionadas por la metafísica divina, se constituye una nueva metafísica, la de la razón y de la acción humana racional. Todos aquellos que pudieran demostrar lo contrario tendrían que ser catalogados, vigilados y cuidados. Independientemente de lo que esto signifique, ya que muchas veces la prisión en establecimientos especiales, como los manicomios, se consideraba una buena práctica frente a estos nuevos no-humanos.

Kant señala en cierto modo que la razón europea evoluciona tanto en la noción de buena razón, hasta el punto de poder civilizar a los salvajes del mundo no europeo. Somos testigos fieles de ello, incluso

27 [NT] Joaquim Machado de Assis. *El alienista*. Madrid: Eneida, 2009. Título original: *O alienista* (1882). “Cuentan las crónicas de la villa de Itaguaí que en tiempos remotos vivió allí un médico indiscutible, el doctor Simón Bacamarte. Descendía de la nobleza terrateniente y era el médico más importante del Brasil, de Portugal y de las Españas”. Según Pedro Peinado (2019), “así comienza *El alienista*, de Joaquim Machado de Assis, uno de los autores más relevantes de la literatura brasileña. La historia ocurre durante el reinado del emperador Pedro II de Brasil, en el siglo XIX, en la villa de Itaguaí, en una época en que la ciencia aún estaba en pañales, aunque inmersa ya en un proceso de modernización, con respecto a los misterios de la mente y los enfermos mentales eran aún tratados con crudeza e insensibilidad” (ver en: <https://blogs.upm.es/nosolotecnica/2019/04/11/el-alienista-joa-quim-machado-de-assis/>).

hoy. En el mismo movimiento, la medicina sigue este camino, pero señalando a través de la psiquiatría la necesidad de tratar a los sin razón y aquellos que resisten como desrazón debían ser excluidos y encarcelados, en nombre de la protección de si mismo y de los demás.

Como siempre, la sociedad con sus prácticas crea el problema y la medicina los mecanismos para disciplinarizarlos, contrariamente a lo que propugna, no es la evolución de sus saberes lo que produce estos objetos. Estos no son el resultado de un conocimiento más científico sobre lo que es normal y lo que es patológico en los humanos, sino la construcción societaria de lo que son los normales y los anormales sociales.

En este movimiento, la medicina y sus equivalentes si figuran desde su faz de política social para garantizar una cierta normalidad humana, vigilando, controlando y castigando. El “loco muy loco” se convierte en el anormal del momento, atravesando los siglos XIX y XX como el principal icono del humano no humano.

En las sociedades contemporáneas, particularmente después de la guerra de los años 1940, como diría Deleuze, y de otro modo también Antonio Negri, se producen ciertos cambios en las formas de construir lo anormal y de operar estrategias de encuadramiento. No bastan las medidas disciplinarias tan desarrolladas en el siglo XIX, no bastan las medidas soberanas, hay que construir algo nuevo para gestionar la convivencia en sociedad, además de ellas.

En la conversación de Deleuze con las propuestas de Foucault para pensar los biopoderes que pueden actuar en la gestión de la vida, se evidencia que los mecanismos anteriores como el poder soberano, que tenía el poder sobre la muerte y dejar vivir, y el de la biopolítica en el período que actuaban sobre la dinámica de las poblaciones, que tenían poder sobre la vida, ya no eran suficientes. Sus aliados, como la medicina del “cuerpo de órganos”, ya no daban cuenta de lo que sucedía en la sociedad actual, en la que los procesos de subjetivación sobre la gestión de la vida ganaban espacios para ejercicios más autónomos por parte de individuos o pequeños grupos identitarios.

Como en una paradoja, al mismo tiempo que aumentaban las posibilidades de convertir a todos en consumidores voraces, en esta repetición se instalaban diferencias singularizantes, lo que siempre ha sido un riesgo para sociedades como las capitalistas, que necesitan gestionar la vida de los colectivos para succionar sus fuerzas vivas alimentando al capital. Sin embargo, siempre ha sido una paradoja de esta misma sociedad que, en la medida en que necesita la explotación del trabajo, también corre el riesgo de la revuelta de multitudes de trabajadores. De ahí, en Marx la marca de las acciones contradictorias de las sociedades capitalistas.

Deleuze señala el diseño de la sociedad de control como aquél que opera un conjunto de estrategias que buscan operar dispositivos de subjetivación al punto de que los individuos y los colectivos autogestionaren la producción de sus vidas, pero en ciertos territorios identitarios y no en otros. Como vestirse de consumidores de bienes de mercado para producirse a sí mismo. Los diagramas de fuerza de esta sociedad estarían en todo momento produciendo vidas deseantes siempre en la carencia, para no dejar de operar mecánicamente de forma autocéntrica, subjetivada como deseo capitalista. Estas serían las máquinas de la cadena de producción de lo normal del deseo.

Ser humano en este nuevo mundo es desear dentro de ciertos modelos estéticos para el vivir. Por ejemplo, apoya cualquier individuación, siempre que clónica en los territorios existenciales capitalísticos²⁸, como ocurre con el desnudo en público, siempre que sea bajo un cuerpo escultural. Esta apuesta por la constitución de la vida individual y colectiva apunta a nuevas paradojas que actúan sobre los límites de lo que sería lo no humano, de la hora. La gestión de la vida, ahora con un fuerte componente de autogestión, pide dispositivos sociales de subjetivación más sofisticados, virtuales e inmateriales. Al mismo tiempo que se necesita un autogestor que tenga en sí mismo, por ejemplo, el conocimiento para cuidar de sí mismo, produciéndose a sí mismo, este conocimiento como dispositivo capitalístico no podrá desdoblarse en ningún tipo de subjetivación.

Al igual que el conocimiento como dispositivo de control, hay varios otros en esta dimensión inmaterial que desencadenan subjetivaciones capitalísticas, como señalamos al principio del texto cuando indicamos la presencia de múltiples acciones lingüísticas en la construcción de imaginarios sociales sobre las formas normales de vivir.

Sin embargo, en este campo, no hay garantía de control total, la producción de desviados es parte del proceso. Paradójicamente, la estimulación de los deseantes, su activación, genera un campo de multiplicidades. Y como en la película Blade Runner, la sociedad que se funda en este proceso necesita que sus cazadores de no humanos sean resultados de sí mismos.

En el ámbito de la salud, fuerte aliado de los procesos del orden biopolítico, se requieren nuevos biopoderes. La propia medicina da paso a su transformación. De ser una medicina exclusivamente del cuerpo con órganos, ahora tenemos una medicina del cuerpo sin órganos. Y con ello operamos el riesgo de dejar de ser normales como expresión de la nueva forma de enfermedad.

28 [NT] La noción de “capitalístico” con lleva a todo lo que es producido por sistemas dominantes de significación, cuya repercusión es el control social y de las instancias psíquicas que definen la manera de percibir el mundo. Los pueblos originarios o ancestrales, los niños que aún non ingresaran en la escuela y las personas que están en los hospitales psiquiátricos, por ejemplo, pueden tener una percepción del mundo completamente diferente de aquellos que se suelen tener una mirada desde la perspectiva de los esquemas dominantes.

Veamos, las señales que vienen de la calle, de la tensión de los espacios públicos y privados. En nombre de un montón de cosas, simbólicamente fuertes, producimos allí en la vida cotidiana, en las relaciones con los demás, una posibilidad de mini acciones fascistas bien legitimadas, cuando nos encontramos, por ejemplo, con un fumador común. Muchos de nosotros, no fumadores o exfumadores como yo, nos autorizamos a producir actos violentos con miradas, discursos, expulsiones y criminalizaciones cuando encontramos a alguien fumando bajo las carpas, o incluso en los fumaderos.

Los miramos e inmediatamente pensamos: qué falta de control, qué suicidio, qué dominio de los deseos impuros. ¿Están tan desinformados que no ven el riesgo de morir por esto? Y así vamos descalificándolos hasta casi ponerlos en el límite de ser tan poco lógicos humanamente que casi no los llamamos “los nuevos locos”. Pero ahora los nuevos locos del deseo y no de la desrazón.

Es impresionante cómo los colectivos se permiten adoptar estas posturas que yo llamo minifascistas. Un nombre que traigo inspirado en varios pensadores de la micropolítica. Guattari es uno de los que más me gusta en las denuncias y anticipaciones de este tiempo que vivimos, hoy, por la fuerza de sus enunciados.

Vea lo interesante que es el papel que juega el conocimiento de la salud en esto. Porque, ante ciertos problemas socialmente planteados, como los daños que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo causan a los sistemas de salud, operan acciones muy hipócritas – las estrategias hacia los consumidores de tabaco son las elegidas como las más fundamentales y no las que afectan a la producción de las industrias de cigarrillos o sus equivalentes – comienzan a criminalizar el deseo del usuario y trasladan los mecanismos de subjetivación a este terreno existencial. Como tal, construyen máquinas de represión del deseo para disciplinar a individuos y colectivos dentro de una acción global, contando con las producciones del campo de la salud, incluso como una de las principales vías de medicalización, para producir imaginariamente la problematización del vivir y su disciplinarización y control, indicando formas estéticas de tener “una vida del bien”, afirmando parámetros identitarios de prácticas de *saludabilidad* para ello.

Esta nueva constitución del campo de la salud, ahora en posesión de una clínica del cuerpo sin órganos – actuando sobre el riesgo de estar enfermos porque estamos sanos, pero practicando desviaciones del deseo y, por tanto, produciendo comportamientos inadecuados –, barrerá a través de la micropolítica de la vida cotidiana varias situaciones que se enumerarán como objetos importantes de sus intervenciones. Siempre con la impronta de abordar el campo de la producción subjetiva del usuario, tras sus desviaciones.

Quién no se sienta hoy en una mesa a comer y a machacar que si come una “feijoada brasileña”²⁹ perderá días de su vida, y aunque esto sea irresistible, se encuentra con que se le acusa de irresponsable o de suicida incluso por él mismo. Y, después de estos actos placenteros, se castiga a sí mismo intentando comer alimentos-remedios, más sanos, o representados como tales, en la siguiente comida, apostando a que puede recuperar los días perdidos con los actos incontrolables de la comida anterior.

Rápidamente piensa, sin necesidad de que ningún profesional de la salud actúe en perspectiva medicalizante, en la necesidad de hacer exámenes médicos para saber el grado de compromiso en que se encuentra, o incluso ir atrás de la indicación de ciertos medicamentos que actuarían en el “cuerpo sano”, para no dejar de serlo etc. Algunos de estos “desviantes” se deprimen de forma autocastigada por si consideraren débiles, por si ver como esclavos de sus deseos.

Más control que ese es difícil de encontrar, ¿no? Y vale pensar qué se les ofrece a estos anormales del deseo desde el punto de vista social, más aún cuando la sociedad actual ha construido tal forma de representación sobre ellos que la propia adolescencia y la infancia, que son momentos de gran prueba de este mundo subjetivizante en nosotros, se han convertido en grandes objetos de intervenciones dentro de estos paradigmas del control de las desviaciones. La sociedad actual construye la fuerte imagen de que la infancia y la adolescencia son grandes momentos de desviaciones y necesitan ser alcanzados por fuertes mecanismos de control. Fíjate en la cantidad de procesos criminalizadores que se fabrican hoy en día para estas fases de la vida y en lo mucho que la medicina y la sanidad en su conjunto se han centrado en ellas, medicalizándolas bajo el envoltorio de la psiquiatría, especialmente.

Esta pobreza de ofrecer redes de conexiones existenciales para quienes están experimentando nuevas formas y estéticas de vida para sí mismos, constituyéndose, va de la mano con la visión que ve el peligro en cualquier manifestación interesante de actos incontrolados. Por ejemplo, la ocupación de espacios públicos para practicar relaciones artísticas o simplemente para jugar. Las plazas, ahora, bajo prescripción médica tendrán que disponer de dispositivos para el ejercicio físico saludable y deberán estar reguladas. Hay que excluir otras manifestaciones fuera de este imaginario, porque caminen más con Dionisio que con Apolo.

Esta pobreza encierra la búsqueda de nuevas experimentaciones que siempre han acompañado a la humanidad, como siempre ha sido el uso de las drogas, en la búsqueda de nuevas experimentaciones

29 [NT] La feijoada o frijolada es un plato nacional de Brasil, se trata de un guiso de alubias negras o frijoles y verduras, hecha con varios tipos de carnes: costillas, chorizo, cecina, pie, oreja, rabo, lomo y panceta.

para las emociones, los afectos y los deseos. De forma hipócrita, esta misma sociedad controladora rechaza cualquier debate sobre la legalización o despenalización en este ámbito. Por el contrario, construye mecanismos para que el consumo de drogas sea un delito a priori, empujando a los consumidores de drogas a un “lugar de no humanidad”, al margen de los espacios sociales autorizados.

Hay ruidos procedentes de las cracolandias. Pero también la tolerancia cero que ni siquiera permite la manifestación artística espontánea en los espacios públicos. El minifascismo se alía ahora con el fascismo del aparato policial. Los colectivos formados por usuarios de drogas, ocupantes de calles y plazas, en cualquier ciudad, se han convertido en un plato lleno para los fascistas y para la construcción de un miedo atávico a lo incontrolado, arrebatando cualquier tipo de movimiento que se alíe con una apuesta biopolítica de otro tipo, la autogestión de una vida libre y no clonificada, impidiendo así estos posibles ejercicios de una manera amplia y creativa.

Y, por el contrario, refuerzan como una práctica efectiva de acción para esos colectivos, amplificando una acción hipócrita, abogando por mecanismos de acción que interdicen el deseo, apoyados en prácticas represivas y policiales.

Apuntando al internamiento obligatorio en comunidades terapéuticas y no a nuevas conexiones existenciales y vínculos que produzcan nuevos deseos de vivir. La interdicción del deseo es el gran eje, tratando de neutralizar las ofertas contrarias de se operar sobre la producción de más deseo y por lo tanto más conexiones de vida, la única manera que entiendo con una oportunidad de construir una acción solidaria con los que viven las consecuencias del abuso de ciertas drogas. Quizás porque esto produce más singularidades y más deseos, más diferencias que enriquecen a las sociedades en cuanto a la diversidad de vivir y compartir. Fenómenos que no son soportables por las formas capitalistas vividas en sociedades globalizadas como las actuales, como señalan pensadores como Zizek y Negri, que nos dan sobradas pruebas de este insoportable proceso de destrucción de la vida en la organización global de las sociedades actuales.

Merece detenerse con más detalle en cómo se construye esta vía de interdicción de la producción de más vida en estos grupos sociales atrapados a mecanismos pobres de vivir, incluso los ofrecidos por el ámbito sanitario, psiquiatrizado de forma brutal en la actualidad.

La primera construcción, como señalábamos al principio y muy dudosa, es la que asocia al consumidor de drogas como un dependiente químico, como si el objeto fuera el elemento captador y anulador de la posibilidad de indicar que ese consumidor, antes que nada, es deseoso, y como tal realiza

un movimiento productivo hacia el consumo, incluso abusivo. Esto es relevante porque si es víctima de la sustancia, sólo la abstinencia y la interdicción del contacto con la droga pueden producir efectos terapéuticos, como muchos defienden y tratan de demostrar científicamente. Sólo el internamiento obligatorio tendría un buen resultado, ya que imposibilitaría ese contacto y, de este modo, la “víctima” tendría la oportunidad de escapar de la captura-dependencia.

Sin embargo, si ésta es sólo una de las posibles verdades, las estrategias centradas exclusivamente en esta lógica fracasarían en varios casos. Fallaría en un número razonable de casos. Lo que, por cierto, las experiencias con la abstinencia, no deseada pero sí impuesta, demuestran con la producción de una importante cantidad de grandes fracasos terapéuticos. Ahí están las estadísticas con los alcohólicos cuyo éxito terapéutico es apenas del 30%. Extienda esto para pensar en grupos de obesos, diabéticos e hipertensos o equivalentes más ligeros desde el punto de vista del prejuicio social, de lo anormal en el deseo. Los fracasos terapéuticos son la tónica de este tipo de ofertas, en el modelo medicalizante predominante en la actualidad.

Lo interesante es que se invierte masivamente en estas vías, más aún cuando su paso aliado, el de la abstinencia o el control del deseo criminalizado, va de la mano de medicamentos que pueden inhibir el deseo perverso. Con ello, estas experiencias no sólo cuentan con el apoyo de recursos gubernamentales que adoptan el discurso del posible caos social si no actúan, nunca probado, – véase que en México hoy el posible caos proviene de los productores e intermediarios de la droga y no de los consumidores –, sino que también cuentan con recursos de otras fuentes, incluida la industria de la droga.

Por otro lado, las otras posibilidades de apuestas, que afirman que sin la producción de más deseo no hay manera de actuar en las formas de producción de vida de estos grupos, no cuentan con gran apoyo. Incluso por parte de gobiernos progresistas, como lo es el actual brasileño, la mayoría de las apuestas hoy de nuevos gastos parecen apuntar a la legitimación de las Comunidades Terapéuticas³⁰, verdaderos aparatos de concretización de las nuevas formas manicomiales de una sociedad que cambió la figura del anormal, de la desrazón a la del deseo, de la prisión asilar a una comunidad carcelaria.

Lógico, que este camino, al consagrarse, no se detenga allí en el campo de las drogas consideradas ilícitas, porque muy rápidamente veremos a grandes pensadores de la salud, en particular de la psiquiatría, de la medicina y de la salud pública abogar por el internamiento obligatorio de los diabéticos, los hipertensos

30 [NT] Las “Comunidades Terapéuticas” (CT) son instituciones privadas que realizan la hospitalización de personas que consumen drogas. La mayoría de las CT están vinculadas a iglesias evangélicas, están ubicadas en zonas alejadas de la ciudad y predicán la abstinencia. El número de entidades que se autodenominan Comunidades Terapéuticas sigue aumentando, sin embargo, una serie de encuestas e inspecciones han sacado a la luz denuncias de violaciones de derechos humanos en estos lugares.

y los obesos, que si son niños serán arrancados de sus padres para ser “bien cuidados” (sic) por el Estado, como se hizo con los “leprosos” a principios del siglo XX, en Brasil.

Con este texto, de seguir así, señalo que estos nuevos no-humanos, los del deseo, los desviados deseantes, pediremos en un tiempo no muy lejano, como única opción de cuidado, el internamiento obligatorio indiscriminado. Y, lo peor de todo, como siempre en su propio nombre. Con estas reflexiones pretendo contribuir a más acciones colectivas de otro orden imaginario, que puedan apostar a la construcción de sociabilidades que no hagan una división entre humanos y no humanos, sino que apuesten a que la vida de cualquier persona vale la pena y es siempre una expresión de deseos biopotentes, y que sólo produciremos más vida si apostamos a más deseos y no a su interdicción.

Estas apuestas por más vida exigen que las sociedades sean también más solidarias con las diferencias y las defiendan como un derecho societario de nueva orden. No sólo el derecho social a tener condiciones materiales de vida y redes de protección social para ello, sino el derecho a la diferencia, el derecho a la construcción de una libertad que se guíe por la producción de la libertad del otro, el derecho a una vida justa, digna y solidaria con todas las formas de vivir en la Tierra. Creo que este es el sentido de las luchas colectivas libertarias en el mundo contemporáneo. La lucha por la vida en su diversidad colectiva.

Referências

Deleuze, G. (2002). **Spinoza, filosofia prática**. São Paulo: Escuta.

Guatari, F. (1990). **As três ecologias**. Campinas: Papirus.

Merhy, E. E. (2008). A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum**, 27, 281-306.

Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 195-206.

Merhy, E. E. (2012). Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 9-18.

Negri, A., & Hardt, M. (2005). **Multidão**: guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record.

La centralidad de la atención especializada y la rehabilitación en el cuidado de las personas con discapacidad: un paquete de intervención sobre los cuerpos³¹

Débora Cristina Bertussi
Mara Lisiane de Moraes dos Santos
Nathália Silva Fontana Rosa
Ane Milena Macêdo de Castro
Jackeline Souza da Silva
Lohanna Chrystina dos Santos Antunes de Macedo
Emerson Elias Merhy

Introducción

La Red de Cuidados a la Personas con Discapacidad (RCPD), implementada en 2012, se constituyó con el objetivo de ampliar el acceso y calificar la atención de las personas con discapacidad temporal o permanente (PcD); progresivo, regresivo o estable; intermitente o continuo en el Sistema Único de Salud (SUS). Además de promover el cuidado de la salud, especialmente la rehabilitación auditiva, física, intelectual, visual, ostomía y pluridiscapacidad, el RCPD también busca desarrollar acciones para la prevención e identificación temprana de las discapacidades en el pre, peri y postnatal, niñez, adolescencia y adultez (Brasil, 2012).

La implantación de la Red debió producir la (re)organización de los puntos de atención y para eso contó con la apertura de un nuevo servicio, el Centro Especializado en Rehabilitación (CER), que representó una novedad en esa época con el objetivo de responder a la cuestión del vacío de atención en la rehabilitación de PcD, un problema histórico en el SUS.

A pesar de la novedad en la implementación de un nuevo tipo de servicio de salud y la expansión real del acceso a las PcD, esta construcción estuvo guiada principalmente por el aumento de servicios y oferta de trámites, con poca atención a los arreglos que se producen y sus conexiones a la red a la producción de movimientos de cuidado.

31 Texto publicado originalmente como capítulo de libro (Bertussi et al., 2021)

La apuesta por la producción de cuidado en salud en los distintos territorios en los que se produce la vida - cuidado contextualizado, mucho más allá del cuerpo biológico - debe tener en cuenta la singularidad de los usuarios y las circunstancias específicas de vida en los territorios (Merhy et al., 2020). En ese sentido, tener como única referencia la implementación de servicios de salud y la provisión de procedimientos, especialmente especializados, con trabajadores de Atención Especializada y sus posibilidades, dificulta producir cuidados de salud que atiendan las necesidades y especificidades de quienes buscan la atención. de salud, es decir, poniendo en evidencia a los usuarios y sus necesidades, como centro de organización del RCPD, por encima de la racionalidad técnico-administrativa.

Para abordar estas conexiones, el RCPD tiene en su propuesta una oferta de cuidado integral y multiprofesional, bajo la lógica interprofesional, que permita poner al alcance de estos usuarios, incluidos los propios usuarios, varias miradas y escuchas. Sin embargo, observamos que el modo instituyente producido por la política RCPD en la lógica interprofesional ha sido operado en la práctica por el modo instituido de Atención Especializada (AE) a partir de un cuidado fragmentado, centrado en la rehabilitación de los cuerpos y con poca posibilidad de autonomía para las PcD.

En la construcción de la política del RCPD, en la “teoría” está la proposición de una red en relación con la compartición entre los servicios de salud, porque en la práctica lo que se construyó fue una “huella” de la organización de la atención especializada.

Estamos ante una trampa que denominaremos como “la trampa de la atención especializada”, ya que contar con un servicio especializado en la RCPD no significó resolver el vacío asistencial histórico y no logró producir una atención en red. También fue necesario formular dispositivos para construir conexiones entre los servicios de salud que integran la red y comparten la atención a las PcD, entendiendo que el CER sería una novedad y un componente clave de este mecanismo, pero no el único servicio. Habría que debatir y formular esta novedad en términos de gestión de la organización del RCPD.

La formulación escrita en la ordenanza no fue suficiente para implementar la red en conexión compartida, pues ni siquiera la formulación del RCPD colocó esta dimensión del CER como un nuevo servicio de salud de esta red para atender la rehabilitación especializada, y en plena conexión con los servicios de Atención Primaria en Salud (APS), por ejemplo. Por el contrario, estas dimensiones de la formulación del arreglo organizativo de la ordenanza no estuvieron presentes. Y el resultado que recogimos fue el CER como un servicio de rehabilitación de PcD eminentemente especializado y aislado. La formulación contenida en la

ordenanza prometía un nuevo modelo de cuidado multiprofesional de una red en conexión compartida, pero el conocimiento especializado fue colocado como trampa, aprisionando la novedad.

Esta visibilización a la centralidad de la AE encontrada en la atención a las PcD constituyó un analizador de la organización de la RCPD, siendo el CER el lugar que concentra este proceso como uno de los principales puntos de atención de la red. Desde la perspectiva del encuentro, este texto abordará las afecciones, los afectos y las problematizaciones que producimos a partir del acercamiento a las diferentes fuentes que tuvimos contacto a lo largo de la investigación, tanto oficiales, con los gestores y trabajadores del RCPD, como con las fuentes existenciales - las del movimiento de usuarios-ciudadanos-guías.

Nos interesa problematizar esta cuestión, planteando los escollos que están presentes en el campo de la organización y las prácticas de cuidado en el RCPD, con importantes impactos en la existencia de las PcD. Visibilizar estas trampas es apostar a la construcción de otras posibilidades para el establecimiento de políticas y prácticas de cuidado que contribuyan a la autonomía y la vida en la diferencia, con derecho a otras formas de ser. Ampliar el horizonte para la defensa de la producción de mundos otros, como nos invita Krenak (2019), a partir de las experiencias existenciales de las PcD.

Senderos, Carriles, y atajos

As experiencias discutidas aquí son el resultado de la colección de investigación “Análisis de la implementación de la red de atención a la salud de personas con discapacidad – Usuarios, trabajadores y gestores como guías”, desarrollada específicamente en la Región Centro-Oeste de Brasil.

La investigación tiene un abordaje cartográfico, con el objetivo de comprender los movimientos realizados en el cotidiano de los usuarios, familiares, profesionales y gestores de salud y personas involucradas en la producción del cuidado en el RCPD. Apuesta a la experimentación, a la construcción de caminos acompañados de los efectos e interferencias que provocan en los investigadores, en los sujetos, en el campo y en la propia producción investigativa, teniendo como guía en este proceso a la persona usuario-ciudadano (Deleuze, & Guattari, 1995, Rolnik, 2014, Merhy et al., 2014, Bertussi et al., 2016).

Como dispositivos para traer a escena esta multiplicidad de miradas, el grupo produjo diferentes “entradas” en el campo, e hizo conexiones y sufrió interferencias con diferentes fuentes de información (datos oficiales, narrativas, relatos) con el objetivo de promover el encuentro entre investigadores, usuarios, trabajadores y gestores de la salud. El CER, para nosotros, se presentó como una red cotidiana de

narrativas que se encuentran en el territorio de la producción del cuidado a las personas con discapacidad y, en particular, a través de los caminos de dos usuarios que conectamos y que nos llevaron a dar visibilidad a la centralidad de la Atención Especializada en el cuidado de las PcD.

Tachã y su hija Curicaca, diagnosticada con parálisis cerebral severa, nos llevan dentro y fuera del CER, a los entresijos de la regulación municipal e intermunicipal, a los diferentes puntos de la red y, principalmente, a una red de atención a PcD producida por ella y por los encuentros tejidos desde el nacimiento de su hija. Viven en el campo, sin embargo, la atención especializada en Curicaca se establece mayoritariamente en la capital, donde acceden a los servicios que ofrece el Centro Especializado de Rehabilitación (CER), Hospital Universitario (HU), Centro de Especialidades Médicas (CEM) y el proyecto de extensión en fisioterapia respiratoria de la Universidad Federal del Estado de Mato Grosso do Sul.

Aracua³², como consecuencia de una descompensación de la diabetes, presentó insuficiencia renal, problemas auditivos, pérdida transitoria de la visión y amputación alta del miembro inferior izquierdo. Ante las complicaciones, Aracua se encuentra caminando por el RCPD de su ciudad, tejiendo una red viva de ida y vuelta a la Red de Atención Primaria em Salud en todo momento. A partir de la construcción previa de un enlace con el hospital, obtuvo todos los cuidados necesarios para la cicatrización del muñón y así iniciar el proceso de rehabilitación para el uso de la prótesis en el Centro Especializado de Rehabilitación – CER.

Este texto presenta tres entradas, que funcionaron como analizadores que ayudaron a visualizar el problema de la centralidad de la atención a las PcD en EA, en diálogo y en conexión con los relatos de los usuarios-ciudadanos-guías, y que le da sentido al recorrido cartográfico.

La investigación cumplió con los principios éticos de la Resolución N° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud y garantizó la confidencialidad de los datos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio de Janeiro Campus Macaé, bajo el protocolo número 3.632.302.

La trampa de la Atención Especializada en el RCPD

Una de las variables de análisis que más se hizo patente en las múltiples entradas en el campo de investigación realizadas por el grupo fue el papel central que ocupan los servicios de Atención Especializada en el RCPD, especialmente los de rehabilitación, ya sea en los espacios formales de la red, en lugares de

32 Nombre ficticio del usuario-guía-ciudadano: Definimos este nombre por ser un ave típica del pantanal (Mato Grosso do Sul), Aracua tiene un grito potente y ronco; marca su presencia, al nacer del día, al romper la madrugada.

cuidados contruidos fuera de este mapa instituido, lo que llamamos la red invisible³³, así como en la atención deseada por los usuarios. Este tema atravesó los encuentros de investigación, produjo malestares, afecciones y afectaciones en el grupo.

En el primer mapa oficial al que tuvimos acceso, con los servicios que componían el RCPD de la capital estudiados y los flujos establecidos entre los distintos puntos, fue posible identificar este protagonismo de la EA y la rehabilitación en el cuidado a las PcD.

Los servicios se dividieron en dos grandes grupos: Rehabilitación Multiprofesional y Rehabilitación Uniprofesional. El primer grupo estaba formado por 6 servicios que ofrecían rehabilitación multiprofesional a usuarios-ciudadanos con discapacidad física e intelectual (2 servicios), discapacidad visual (1 servicio), discapacidad auditiva (2 servicios), y un CER IV, único servicio encargado de ofrecer rehabilitación física, intelectual, auditiva y visual (categorizada como aquella que “atiende pluridiscapacidad”) y también cuenta con un taller de ortopedia. El grupo de Rehabilitación Uniprofesional estaba formado por 5 servicios que ofrecían fonoaudiología (1 servicio), fisioterapia neurológica y terapia ocupacional (1 servicio), fisioterapia neurológica y ortopédica (2 servicios) y fisioterapia neurológica (1 servicio).

El recuerdo del encuentro con este mapa nos inquietó: a ojos de la dirección, el RCPD se restringe exclusivamente a los servicios clasificados como Rehabilitación, todos incluidos en Atención Especializada y, entre ellos, solo 2 eran de red propia, es decir, eran servicios públicos de la red municipal. Los otros 9 puntos fueron servicios de rehabilitación contratados, siendo 2 clínicas privadas de fisioterapia y 7 entidades filantrópicas.

Esta forma de estructurar la RCPD con énfasis en la rehabilitación es propuesta por la ordenanza que reglamenta el RCPD en el país, pues tiene como primer objetivo “promover el cuidado en salud, especialmente de los procesos de rehabilitación en las discapacidades auditivas, físicas, intelectuales, visuales, ostomías y pluridiscapacidad” (Brasil, 2012, p.2 - énfasis añadido).

El concepto de atención a la salud de las PcD se confunde reiteradamente con la oferta de rehabilitación, ya que está atravesada por la historia de exclusión de las PcD de las políticas públicas, lo que ha repercutido en un intenso vacío de atención en este ámbito, cuyas ofertas procedían de organizaciones

33 Las redes invisibles son espacios que constituyen otras formas de construcción de redes, que están disponibles a través del acceso de personas/trabajadores/gestores de forma más personalizada con los usuarios, según el encuentro y vínculo que se establezca entre estos actores. Son servicios que no forman parte oficialmente de la RCPD, y por tanto tratados por nosotros como “redes invisibles”, pero que se materializan permanentemente en la construcción de redes existenciales ofrecidas por trabajadores, docentes, estudiantes, entre otros actores que transitan por estos espacios. A menudo, estas redes son fundamentales para la producción de atención a las PcD, aunque sea en la invisibilidad del flujo oficial.

filantrópicas o servicios vinculados a la caridad (Pereira, 2009). La falta de acceso de las PcD a los servicios de rehabilitación es una realidad en Brasil y en el mundo (Bright et al., 2018), ya que la rehabilitación nunca ha sido una prioridad para los gobiernos a nivel mundial (Souza et al., 2017). Es una historia permeada por la exclusión y la segregación

Este vacío histórico de atención de los servicios de rehabilitación influye fuertemente en la forma establecida de pensar la atención a las PcD, atravesada por el pensamiento hegemónico de que las ofertas de salud para las personas con discapacidad están ligadas naturalmente a la rehabilitación, con el objetivo de brindar mayor funcionalidad al cuerpo biológico. La idea central es la máxima restauración de la función para que, así, las PcD tengan la posibilidad de superar la exclusión e insertarse en los mundos de la educación, del trabajo, del ocio, de los lugares donde interactúan y viven los llamados cuerpos “normales”. La búsqueda de un cuerpo “más funcional” o “menos incapaz” se entronca con la discusión de Butler (2018), al abordar, en otro contexto, la búsqueda de cuerpos con condición de aparición, condición de vivir y aparecer en la esfera pública.

Esta es una de las trampas a las que nos enfrentamos y que capta la atención de las PcD. Existe una construcción social ampliamente aceptada y difundida en la que se inculca la idea de que la atención en salud de las PcD está necesariamente ligada a servicios de salud especializados en rehabilitación.

Con la propuesta de ampliar el acceso y calificar la atención en el área de rehabilitación, la RCPD presenta como novedad los CER, una apuesta por la atención multiprofesional en la lógica de la interprofesionalidad, en un solo lugar y con infraestructura adecuada para la rehabilitación de las PcD.

El CER se sitúa como un punto estratégico en la calificación, regulación y creación de estándares mínimos para los cuidados a las PcD, incluso en términos de acogida de las diferencias y humanización de los cuidados, ganando centralidad en el “nuevo” RCPD (Campos et al., 2015).

De hecho, los CER presentan una oferta hasta ahora inexistente en los servicios de salud pública en el país. Antes de la publicación de la Ordenanza N° 793/2012 que instituyó el RCPD y la implementación efectiva de los CER, los centros públicos de rehabilitación en salud eran escasos y generalmente concentrados en las regiones metropolitanas. Instituciones que fueron y siguen siendo referencias nacionales en rehabilitación, como la *Red de Rehabilitación Lucy Montoro*, la red *Sarah Kubitschek* y la *Associação de Assistência à Criança Deficiente*, están ubicadas en capitales estaduais de Brasil y, por lo tanto, muchos usuarios y sus familias están obligados al desplazamiento de sus municipios para su tratamiento.

Como referentes nacionales, esta oferta de vacantes siempre ha sido insuficiente para el territorio nacional. La vida de los que están en las colas está suspendida durante meses, incluso años, y pocos logran acceder a estas instituciones, tanto por falta de vacantes como por falta de recursos para viajar y permanecer por largos periodos fuera de sus ciudades.

En un intento por reducir tales problemas, la RPCD implementó CER en todas las regiones del país, con 230 en actividad en abril de 2021. El aumento en el acceso se produjo, sin embargo, aún es insuficiente para las demandas, con un impacto limitado en la realidad de personas con discapacidad. Entre los 79 municipios del Estado de Mato Grosso do Sul, solo 4 tienen CER hasta el momento.

En este sentido, la implantación del CER en el RCPD como novedad tampoco ha podido hacer frente a la demanda de servicios especializados de rehabilitación. Estas preguntas dejan abierta la atención en los servicios públicos de rehabilitación en los municipios que no cuentan con CER y, en general, dicha atención es brindada por instituciones filantrópicas. Para acceder al CER del estado, los ciudadanos-usuarios de estos municipios desatendidos deben esperar una vacante a través de un sistema normativo y un sistema de logística para viajes intermunicipales. Muchos, para obtener tratamiento en estas instituciones, tanto en lo que respecta a las vacantes como al transporte interurbano, necesitan recurrir a la vía judicial.

Las cosas de Curicaca son todas vía judicial, cierto [...] todo fue con una medida cautelar. Aprendí cómo funcionan las cosas (Tachã).

Son experiencias que ejemplifica las dificultades que viven los usuarios-ciudadanos y familiares en la búsqueda cotidiana de rehabilitación en el servicio especializado. Además de las dificultades para conseguir plazas y transporte sanitario, muchos viajan durante horas para ser atendidos en estos lugares, todas las semanas, en vehículos facilitados por los municipios de origen, con capacidad máxima y no adaptados para las PcD. A menudo, las PcD tienen movilidad reducida y los desplazamientos son aún más complejos. Durante la pandemia de covid-19, esta situación se vuelve más desafiante debido a la alta exposición a la transmisión del virus precisamente en los grupos de mayor riesgo.

Tachã y Curicaca viajan más de dos horas para llegar al CER, dos veces por semana, para recibir terapias con fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista y psicóloga. Tachã relata que su hija muchas veces llegaba al servicio en condiciones muy precarias a causa del viaje, lo que comprometía los procesos terapéuticos.

Curicaca llegaba molida, sin condiciones. Fue muy difícil, y nos perdimos buena parte del servicio, que está limitada a una duración de media hora para cada tipo de profesional (Tachã).

Durante la pandemia, Curicaca dejó de viajar, recibió semanalmente sesiones virtuales de fisioterapia en uno de los servicios de la red invisible, disfrutó del balneario de la ciudad como una forma de terapia y diversión (Curicaca ya ha hecho terapia acuática, y disfruta mucho de esta posibilidad), y poco a poco se fueron recuperando los servicios de fisioterapia en la Atención Primaria del municipio (tema que trataremos con más detalle en la próxima entrada).

Mejóro, incluso los profesionales del CER notaron su mejoría. Está logrando sostener mejor la cabeza, puede comer algunas cosas y ha aumentado de peso (Tachã).

Aun así, Tachã lucha por la continuidad del vínculo con el CER, lucha que siempre ha guiado su relación en la búsqueda del cuidado de su hija, ya sea para no ser dada de alta antes de lo que ella consideró oportuno o para que no la despidan por no cumplir con normas internas del servicio.

Una vez el fisio quiso dar de alta a Curicaca y yo dije que no lo aceptaba [...] me planté que no lo aceptaba... Hablé con el supervisor de fisioterapia y el fisioterapeuta que trataban a Curicaca juntos y lo conseguí (Tachã)

En otro momento, ante la posibilidad de retirarse del CER por haber faltado a las terapias programadas por un período de hospitalización de su hija, Tachã accede al neurólogo del HU, con quien desarrolla un fuerte vínculo desde el nacimiento de Curicaca, para pedir informes médicos para subvencionar un juicio para permanecer en el CER.

Los que están hospitalizados no se ausentan porque quieren... no pueden desconectar a Curicaca del CER por eso (Tachã).

Estos movimientos de esta madre-usuaria-ciudadana-guía de permanecer vinculada al CER produjeron visibilidad al tema de que la rehabilitación es un lugar para perseguir por los usuarios, reafirmando la lógica del cuidado propuesta en la ordenanza y por los gestores en la producción del

RCPD. Estos elementos establecen una cultura de dependencia de las PcD de la rehabilitación en centros especializados. Es evidente la importancia de la AE para el seguimiento de las personas ciudadanas usuarias que demandan cuidado especializado en salud, incluyendo en determinados momentos equipos de mayor densidad tecnológica. Sin embargo, existen muchas situaciones a lo largo de la vida de las PcD en las que la atención de la AE no es necesaria, o podría ser mucho menos prioritaria.

El RCPD refuerza esta percepción al situar la rehabilitación en la atención especializada como un objetivo-imagen, un lugar privilegiado, alejado del complejo y multidimensional campo de la atención a la salud y la existencia, aunque su texto propone un cuidado integral, articulado y compartido. Esta perspectiva de la rehabilitación en el modelo biomédico-ligada al desempeño funcional refuerza la concepción de la discapacidad como un estado patológico que necesariamente debe ser mediado por la atención especializada (Pereira, 2009). El modelo actual consiste en un paquete de intervenciones sobre los cuerpos, aunque el consenso de que el modelo de cuidado centrado en la rehabilitación del cuerpo discapacitado - desplazado de existencias - no es capaz de producir cuidados y contribuir sustancialmente a la autonomía de las PcD.

Vaciado de la red asistencial: ¿qué tiene que ver Atención Primaria?

De acuerdo con los lineamientos del RCPD, Atención Primaria en Salud sería responsable de desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de discapacidades, así como cuidado de la salud de las PcD, de forma longitudinal y articulada con los demás puntos de atención de la red, apoyados en diversos dispositivos de cuidado. Sin embargo, esta lógica establecida por la RCPD con un enfoque de rehabilitación en EC vacía el cuidado operado por APS.

Observamos que la propia política de PcD, como se mencionó anteriormente, refuerza esta centralidad de la AE, como lugar de mayor resolución para el cuidado efectivo de las PcD, dejando a APS con un rol muy restringido y, en la práctica, con una baja oferta de acciones continuadas. Funciona más como una máquina de derivación a los servicios de atención especializada, que como un punto de la red asistencial que debe coordinar la atención de estos usuarios y ser el organizador de las redes asistenciales.

Otros puntos de la RCPD, incluido el APS, pueden y están indicados para brindar atención a las PcD, incluida la rehabilitación. Sin embargo, este lugar de atención especializada y alta densidad tecnológica material, conforma un imaginario que reproduce una ilusoria asociación entre la calidad en la atención e

insumos, exámenes, medicamentos y consultas especializadas, presentes en la CE, y la mala calidad de la APS operadas precisamente para lo que es, considera la falta de tecnologías (Franco, & Magalhães, 2003).

Es evidente que aún en los documentos oficiales APS no se ubica como perteneciente al RCPD. En el Grupo de Conductores de la RCPD del municipio, por ejemplo, también se observa esta realidad. El representante de APS está muy presente en las discusiones, sin embargo, las agendas y debates en este espacio abordan centralmente los servicios de la AE, especialmente la rehabilitación en la AE. APS en este espacio no se evidencia como una unidad de servicio activa de la RCPD, con proyectos terapéuticos y acciones cuidadoras que se desarrollan en este punto de la red.

Esta es otra trampa que observamos en la relación de usuarios-ciudadanos-guías en sus formas de tejer su cuidado. Hay una enorme dificultad para desconectarse de la AE, no sólo por temor a “perder” las ganancias adquiridas en la rehabilitación, sino en la perspectiva de producir un vínculo de cuidado con APS además del consumo de insumos, consultas ocasionales y derivaciones.

Tachã y su hija Curicaca, por ejemplo, traen al debate el alto grado de vínculo con el hospital desde el nacimiento de la niña, donde sigue siendo atendida por los profesionales que cuidan de la niña y sin necesidad de pasar por el sistema de controle de atención. Cabe mencionar que el hospital en sí no forma parte oficialmente de la RCPD, pero representa el lugar, dentro de la atención especializada, donde el Tachã encuentra el eslabón necesario para la producción del cuidado en Curicaca, principalmente a través del neurólogo.

Aracuã también busca en los servicios de la AE un lugar de vínculo de atención antes y después de la amputación. Como resultado de su diabetes, tuvo pérdida total de la visión y pérdida parcial de la audición. Aracuã suele decir que se ve obligado a ir a APS en un intento de continuar su itinerario por la red de salud en busca de atención.

Sus palabras indican un supuesto desconocimiento y falta de vínculo con los equipos de salud de su territorio, revelando un vacío importante en las prácticas de cuidado de la APS, incluso para la diabetes, lo que lleva a pensar que APS funciona como una oficina de registro y que el usuario utiliza como punto de dispensación de medicamentos y “papeles”. La AE y la rehabilitación fueron claramente configuradas en las narrativas como objeto de deseo en proceso de restitución de su condición física, sin llegar a tener acceso a una amplia red de cuidado, que considera la potencialidad de existir, en la diferencia.

APS tiene la posibilidad de desarrollar soluciones adecuadas a los problemas que enfrenta la población de un territorio, apostando por una atención en salud que reconozca la singularidad de cada

existencia, los contextos de cada territorio, la salud de forma ampliada, sin limitarla al cuerpo biológico y sus enfermedades. Por tanto, demanda de interprofesionalidad y de compartir conocimientos y experiencias con los usuarios.

Este es un territorio de cuidados en el que operan intensamente tecnologías blandas, relacionales, asociadas a tecnologías duras y brandas-duras (Merhy, 1997), con la potencia de producir cuidados capaces de expandir las potencias de vida, favoreciendo mejores formas de convivencia con problemas que no se pueden resolver, dialogar con la diversidad de existencias (Merhy et al., 2019).

Rehabilitación ciudadana en el territorio

Notamos en los caminos de los usuarios-ciudadanos-guías, especialmente con Tachã y Curicaca, que hay otras posibilidades de atención a las PcD, además de la idea misma de la rehabilitación y dónde debe ser realizada.

Curicaca hace fisioterapia desde los dos meses de edad con un profesional de APS en el municipio donde viven. Después de la pandemia, la reanudación de los tratamientos presenciales en este local ocurrió con cambios en el equipo, provocando efectos importantes en el cuidado. El nuevo fisioterapeuta incluyó fisioterapia respiratoria en las consultas de Curicaca, procedimiento que no realiza el CER. Asimismo, un enfermero le propuso aprender el procedimiento para cambiar el botón de gastrostomía, para lo cual hasta entonces debía viajar a la capital.

Estos dos hechos, en un proceso de cuidado en el territorio, se sumaron a otros factores ya mencionados, como la reducción de los viajes a la capital (que muchas veces causaron malestar en Curicaca) y las visitas al balneario de la ciudad, como una forma de rehabilitación en el agua, repercutió en una percepción de mejoría por parte de la madre. Sin embargo, aún con toda esta narrativa positiva sobre la condición de su hija, Tachã no quiere perder el vínculo con el CER, y en la perspectiva de mudarse a otra ciudad, dice que hay un excelente centro especializado en rehabilitación para el cuidado de Curicacá.

La rehabilitación en el territorio se encuentra en un espacio privilegiado para producir cuidados de larga duración (OPS, 2020, & Pereira, 2020). En este contexto, sería fructífero que APS asumiera este lugar estratégico operando el cuidado, centrada en la persona-ciudadano-usuario, por las razones ya mencionadas y por constituir una red de servicios de salud altamente capilarizada en el país, con profundización y conocimiento de los contextos locales y con experiencias exitosas e innegables del cuidado cercano.

Aun así, la rehabilitación en APS con los equipos de Salud de la Familia y Nasf-AB (Núcleo de Apoyo a salud de la familia – APS) es todavía un campo poco explorado, y no considerado por la RCPD. Es necesario ampliar el debate sobre la potencia de la rehabilitación en APS, y enfrentar las principales dificultades para que ese cuidado se produzca en este punto de la red.

Incluso hay propuestas para que los equipos de Nasf-APS jueguen un papel protagónico en materia de rehabilitación funcional en el contexto de APS, con visibilidad para las PcD, destaca una publicación del Ministerio de Salud que aborda específicamente el tema de la rehabilitación en APS, de los equipos de la NASF. Sin embargo, notamos que en el texto APS no figura como uno de los servicios incluidos en la RCPD, que se encuentra entre las 5 redes prioritarias de atención de salud en Brasil (Brasil, 2017).

La rehabilitación ciudadana va más allá de cuestiones biológicas y de discapacidad. Es necesario producir fisuras, acentuar este modelo tradicional de rehabilitación en la atención especializada guiada por discapacidades, y traer a escena capacidades en las diferencias. Producir otro régimen de visibilidad de las ofertas de cuidados en salud de las PcD, y para ello un detonante fundamental es extrañar el modelo actual en el que todos están intensamente engendrados.

La rehabilitación ciudadana es un dispositivo y una herramienta para ampliar la autonomía y libertad de las PcD, que depende de movimientos y acciones articuladas de toda la red de atención de salud y otros sectores (educación, trabajo, vivienda, derechos humanos, urbanismo, ciudadanía, movimientos sociales, entre otros). Y APS, con cuidado en el territorio, es un lugar privilegiado para ese abordaje, incluyendo la rehabilitación (Brasil, 2013, Pereira, 2020, Souza *et al.*, 2017) a través de equipos multidisciplinarios que se incluyen como participantes activos en la RCPD, siempre y cuando como un dispositivo que ofrece elementos para que los usuarios vivan su vida, y no como otro dispositivo disciplinario (Merhy *et al.*, 2019).

Consideraciones finales

La política de la RCPD en su formulación es una paradoja: al mismo tiempo que propone en su texto un cuidado integral, con varios puntos de atención integrados y respecto a las diferencias, establece la centralidad y protagonismo de los servicios de rehabilitación en la AC. Es una política que pretende crear una Red, sin embargo, desde su formulación, está desprovista de dispositivos para la producción de cuidados en una red compartida.

Las experiencias con usuarios-ciudadanos-guías produjeron visibilidad de un desfase entre el cuidado integral enunciada por la RCPD, el cuidado instituido por los servicios y trabajadores, y el cuidado en salud que demandan las existencias de las PcD. Cabe mencionar que, con relación al cuidado instituido, identificamos en los relatos acciones que enmarcan la vida del otro y otra con perspectivas restrictivas en relación a otras posibilidades de explorar potencias, muchas veces aún no experimentadas, en la dirección de construir otros significados por la vida de las PcD. Por el contrario, en general estas restricciones son operadas desde la lógica de acceso de las PcD a la red de cuidado en salud. Esto implica que el propio acceso a los cuidados representa muchas veces una barrera para otros dispositivos- terapéuticos que pueden ir más allá de la visión empobrecida del cuerpo considerado deficiente y, por lo tanto, menos capaz de producir existencias más plenas.

Sin embargo, identificamos más que eso, siguiendo el cuidado instituido, como se evidencia en el relato de algunas experiencias vividas por las personas usuario-ciudadano-guía, podemos identificar acciones positivas de enmarcar la vida del otro y otra según una perspectiva restrictiva a respecto a la exploración de poderes aún no experimentados en la dirección de constituir más sentidos de vida en las vidas vividas. Por el contrario, estas restricciones se operan desde la propia lógica de acceso de las PcD a la red de atención de salud en general. Esto implica que el propio acceso a los cuidados muchas veces es una barrera eficaz para experimentar otros dispositivos terapéuticos más allá de la muy empobrecida visión que se tiene de un cuerpo considerado deficiente y, por tanto, menor en su capacidad de producir existencias más plenas.

No se trata de criticar a la RCPD, traer sus limitaciones y analizar su grado de implementación, sino traer al debate que la producción de cuidados a las PcD va más allá del campo de la salud, está en el campo de la producción de existencias, en las diferencias. Y en este campo, la noción de cuerpo rehabilitado o funcional necesita ser transvalorada a una noción de producción de potencia, de vida autónoma en la diferencia, atravesada permanentemente por la salud; la salud no sólo en el campo de la biología, sino también como territorio de las humanidades, de la política de la existencia.

La insistencia en este modelo de atención nos lleva a una situación que se traduce simbólicamente por la expresión “arar en el desierto” o “coger agua en cesto”, utilizadas popularmente cuando persistimos en algo sin posibilidad de viabilidad o realización. Tenemos la sensación de que hay una banalización del término “vacío asistencial”, naturalizamos las largas colas de espera, las dificultades de acceso, la atención

fragmentada, el vaciamiento de luz y tecnologías blandas, relacionales. La misma ausencia de la existencia de PcD en los espacios donde transcurren las vidas no es extraña. Las barreras y dificultades se convierten en elementos constitutivos de la RCPD y de la vida de las PcD.

Pensar políticas de salud que estén en conexión con la vida de las PcD implica asumir una dimensión ética de la existencia. De esta forma, no basta que la ordenanza RCPD sea simplemente un enunciado normativo, es fundamental mirar los efectos de la política sobre los procesos de materialización de la atención en salud en la existencia de las PcD.

Es necesario que estos flujos y movimientos sean repensados, reestructurados y optimizados, y que todos los puntos de la RCPD desarrollen su rol asistencial con las PcD. Para ello, es fundamental reinventar flujos y prácticas que se articulen efectivamente entre todos los servicios de salud de la RCPD, producir dispositivos que detonen estos movimientos e involucrar a los ciudadanos-usuarios como guías en esta construcción, para que incluyan su existencia y accedan efectivamente a los proyectos de cuidado.

Las fuerzas que están operando en la vida cotidiana constituyen campos de disputa, que se establecen en actos relacionales en el campo de la micropolítica, en relaciones de poder, en relaciones intersubjetivas. La mirada misma de definir qué es un legítimo problema de salud es, en sí misma, producto de disputas en un campo de fuerzas constituido por la ciencia, por los modos de producción económica y de producción de vida, por los sentidos de la vida, que varían históricamente (Merhy et al., 2019).

Estas fuerzas en disputa se hacen visibles a través de tensiones, conflictos y enfrentamientos. La gran pregunta que se debe enfrentar es ¿cómo desarmar las trampas? Sabemos que esta situación no ocurre espontáneamente y que las relaciones de poder en las disputas de proyectos tienden a producir fragmentación y falta de responsabilidad. Es con esta perspectiva que señalamos en este texto algunas problematizaciones sobre las trampas que se visibilizan en el transcurso cartográfico de la investigación, como dispositivo para salir de estos “atascos” en lo que llamamos RCPD y producir movimientos hacia la gestión y prácticas de cuidado que operan disrupciones.

Referencias

Bertussi, D. C., Stavie, R. B., Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M (2015). Viagem Cartográfica: Pelos trilhos e Desvios. In: Mattos, R. A., Babbista, T. W. F. (Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. 1ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 1, 461-485.

Bertussi, D. et al. (org). (2021). **O Cer que Precisa Ser: os desafios perante as vidas insurgentes**. 1. ed. – Porto Alegre,

RS: Editora Rede Unida, 36-50.

- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do sistema único de saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2017). **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf
- Bright, T., Wallace, S., & Kuper, H. A. (2018). Systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 15(10). ISSN 1661-7827. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
- Butler, J. (2018). **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da assembleia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Campos, M. F., Souza, L. A. P., & Mendes, V. L. F. (2015). The Brazilian Health System integrated health service network for people with disabilities. **Interface**, 19(52), 207-10.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). **Mil platôs-capitalismo e esquizofrenia.** Rio de Janeiro: Ed., 34.
- Franco, T. B., & Magalhães Júnior, H. M. (2003). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, 2, 125-135.
- Krenak, A. (2019). **Ideias para adiar o fim do mundo.** Companhia das Letras.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. et al. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 52, 4-7.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. D. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019). Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, 43, 70-83.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. D. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2016). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D.E.D.S., & Slomp Junior, H. (orgs). **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: *Hexis*, 31-42.
- Pereira, S. O. (2019). **Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: elementos para um debate sobre integralidade.** Dissertação. Universidade Federal da Bahia. Salvador: [s.n.]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10898>
- Pereira, A. G. (2020). **Atenção fisioterapêutica ambulatorial no SUS: Georreferenciamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida em uma capital brasileira.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, INISA, Campo Grande, MS.

- Rolnik, S. (2014). **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2 ed. Porto Alegre: Sulina.
- Sousa, K. M., Oliveira, W. I. F., Alves, E. A., & Gama, Z. A. S. (2017). Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Saúde Pública**, 51-54.
- Souza, A. C. N., Sampaio, J., Ferreira, T. P. S., Oliveira, D. L., & Gomes, L. B. (2016). A arte do compartilhar: o matriciamento como potência do cuidado emancipatório. In: Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. D. S., & Slomp Junior, H. (orgs). **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 301-305.

Personas con discapacidad: cuerpos políticos e insurgentes, existencias singulares³⁴

Mara Lisiane de Moraes dos Santos
Nathalia Silva Fontana Rosa
Débora Cristina Bertussi
Karla Santa Cruz Coelho
Emerson Elias Merhy

Para abrir ese mosaico de textos que pretenden instaurar zonas de visibilidad y decibilidad para la producción de las existencias de personas con discapacidades en sus caminos y sus atravesamiento por la Red de Atención a las personas con discapacidades – por medio de los agenciamientos producidos por las/los investigadores a lo largo de la investigación – queremos traer una nota breve sobre las nuestras y los nuestros usuarias y usuarios ciudadanas y ciudadanos guías: las personas con discapacidades y sus cuerpos políticos e insurgentes. La idea es que este texto sea un dispositivo, en la experiencia de lectura de este material, para producción de pensamiento en el campo de las políticas de las existencias, distintas de aquellas capturadas por los pensamientos-representaciones sobre las personas con discapacidades.

Decidimos escribir este texto para marcar el posicionamiento ético y político del grupo de investigación, que ubica a las personas con discapacidad en el centro de la investigación y de todas las posibilidades de producción de atención en salud con sus singularidades y multiplicidades existenciales, y todas las complejidades y modos de vida de cada cuerpo que participó en esta investigación.

Esta perspectiva representa un esfuerzo metodológico de investigación de este colectivo, en el cual todos buscan constituirse como investigadores, a partir de la noción de que todos son protagonistas del actuar cotidiano en el mundo de la producción de la atención en salud en su actuación micropolítica y, centralmente, a las propias personas usuarias ciudadanas (Merhy, Moebus, & Silva, 2016).

34 Capítulo publicado originalmente em Bertussi et al. (2021).

De esta forma, uno de los elementos constitutivos de esta apuesta es la idea de la persona, usuaria ciudadana, guía intercesora como productora de otros saberes capaces de invadir el campo de estudio y, de esta manera, llevar al escenario de la investigación la posibilidad de crear nuevos territorios de visibilidad y decibilidad para la disputa de las diferentes políticas existenciales (Merhy *et al.*, 2016, Abrahão *et al.*, 2013, Slomp *et al.*, 2013).

Traemos narrativas construidas a partir de los encuentros con “personas con discapacidades”, como parte constitutiva de esta apuesta metodológica, y las palabras “personas con discapacidades” pueden estar representadas por la sigla “PcD” para dar más fluidez al texto, y no, absolutamente, abreviar esas existencias. Nos interesa señalar que en esta investigación y en nuestros textos, las personas con discapacidad no son colocadas bajo una perspectiva de encuadramiento serializante³⁵, vaciada de singularidades, multiplicidades, complejidades y pluralidades.

Asimismo, las personas con discapacidad en los manuscritos de estos libros pueden, eventualmente, ser mencionadas como “población”, en lo que se refiere a colectivos que se forman como resultado de proyectos, luchas, demandas y experimentación. No es una perspectiva identitaria que busque producir unidades e identidades fijas, estabilizándolas como un grupo poblacional basado en una identidad común, y por lo tanto asujetas³⁶ a esa categorización y productora de guetos que disputan con otros guetos. Esa “población” está alineada a la política de coalición trazada por Butler (2016), con la producción de alianzas provisionales y producidas constantemente – a partir de marcas y señales comunes, que reconocen las diferencias y tienen objetivos compartidos en determinados momentos. Y en estos contextos, en las vivencias de los deseos colectivos, no pierden sus particulares modos de ser y de vivir, que no están dados a priori, sino que son existencias mutantes, dispuestas a convertirse en otras. Cada uno/a es multitud³⁷ en sus formas de andar en la vida y son los protagonistas de sus historias.

Durante mucho tiempo nos capturó la idea de la normalización de los cuerpos, con la negación de la pluralidad de modos de existir, a favor de una narrativa normalizante en un tiempo especializado en consumir subjetividades. La normalización de los cuerpos es una captura, es una tentativa de destrucción de la potencia del otro. Nuestra posición ética y política es de resistencia, negando vehementemente la

35 [NT] En esta visión de la subjetividad, pensamos lo social en conformaciones colectivas que actúan unas veces en dirección singularizante y otras en dirección serializante. Es fundamental buscar o crear nuevos universos de referencia para la deriva de los territorios existenciales.

36 [NT] Sujeto conlleva la idea de la sujeción, y si el sujeto es asujetao, no es libre.

37 Multitud, a diferencia de masa, significa heterogeneidad del conjunto de singularidades que existen en cada sujeto a favor de un objetivo común e implícito, que está siempre en movimiento de producción de potencia. Cada uno de nosotros, cuando está involucrado, tiene muchos otros, un colectivo. No somos uno, hay una multitud en nosotros.

producción de cuerpos dóciles, subalternos, controlados, normalizados, serializados. Cuerpos que son objeto de biopoder, con el saber-poder sobre la producción de las vidas, que disputa el control, que captura y que promueve una vigilancia sobre esos cuerpos.

Nos interesa cuestionar esta forma de pensar e investigar que trae los/las participantes de la investigación como “poblaciones” en sus similitudes, y no en sus diferencias. Colocar en análisis las formas de producir cuidado que operan con un paquete de intervenciones sobre cuerpos con discapacidad para acercarlos a la normalidad funcional y llevarlos a la luz de los “normales”, para, entonces, estar aptos a ser incluidos en la sociedad, es decir, legitimados para salir de lugares restringidos como centros de rehabilitación, escuelas especiales o sus domicilios y acceder a lugares de esparcimiento, trabajo, universidades y todos los demás espacios donde las vidas transcurren.

En esta cosmovisión instituida, de manera equivocada, son las personas con discapacidad las que deben adaptarse a los modos de vida de la sociedad de aquellos dichos “normales”. Desde nuestra perspectiva, la discapacidad está en la sociedad al imponer y mantener barreras para que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos de ciudadanía y vivan la inclusión en su totalidad.

Desde este punto de vista, un tema importante que se plantea es el tema del acceso a los cuidados en salud y fuera de la salud, que aquí adquiere una dimensión problemática en la medida en que ese acceso se encuentra bajo la perspectiva capacitista, restrictiva de la producción de la fuerza de vida do/da otro/otra. Así, saca a la luz una idea que aún no ha sido asimilada en el campo del cuidado, que es el propio acceso como barrera, situación que ya habíamos identificado en otros estudios en el campo de la salud mental, cuando vimos surgir de la idea de que el acceso a la atención psiquiátrica organicista implicaba una barrera al referir la producción de la vida del otro/de la otra a un paquete de cuidados manicomiales, restringiendo las experiencias de vivir más abiertamente otras posibilidades de existir. En los movimientos de esta investigación, identificamos en los diferentes frentes de investigación que las posibilidades de acceso a la salud de las personas con discapacidades, generalmente limitadas a la rehabilitación de los cuerpos, también representan barreras para modos autónomos de vida.

Los cuerpos discapacitados no deben nada, aunque son tratados como deudores por la sociedad capitalista. Son cuerpos que tienen potencia de existir y de actuar, que vacían soberanía y perturban los cuerpos dichos “normales”. ¿Cómo podemos dar un giro radical, liberar nuestros saberes y hacer de ese lugar de pretendidos productores de “capacidad de funcionar” y pasar a un lugar para producir, con

el otro, potencia de vida en la diferencia, la inclusión y la capacidad de existir en mundos contrarios a los cuerpos con discapacidad?

Como un dispositivo para ese movimiento proponemos problematizar el discurso vigente de los grupos identitarios que reivindican el reconocimiento por la sociedad tradicional en cuanto “ciudadanos de derecho”, en lugar del identitario bajo la lógica de reconocer la singularización de sus existencias. La producción de existencias vacía al ejercicio de la soberanía, incluso bajo la égida de un discurso hegemónico capacitista³⁸, que en el sentido común presupone que las personas con discapacidad tienen capacidades limitadas o reducidas y, por lo tanto, representan personas “menos capaces” en la sociedad. Esta idea es parte de una narrativa estructural que buscamos tensionar en este material, esto es, una concepción universalizada y sistematizada de la opresión sobre los cuerpos con discapacidad.

Ningún cuerpo puede ser completamente capturado, serializado, normalizado o docilizado, aunque el discurso hegemónico sea capacitista y marque los cuerpos con discapacidad como cuerpos disonantes, abyectos, incapaces, dependientes, infantilizados, asexuados, a veces frágiles, a veces superpoderosos y ejemplos de superación; y que siempre deben alcanzar parámetros mínimos de “normalidad” y “capacidad” establecidos en nuestra sociedad capitalística³⁹, que sólo reconoce cuerpos que sean útiles desde la perspectiva del capital y del mercado.

Estos cuerpos están marcados en sus andares por tensiones entre un territorio de repetición identitaria y la huida a procesos originales de experimentación de si mismo, y para las personas con discapacidad implican vidas permanentemente tensas. En la posibilidad de emergencia de experiencias singulares en términos existenciales, se encuentran entre una búsqueda por los campos simbólicos de reconocimiento identitario conservador e intensamente marcados por la lógica capacitista, y las potencias de nuevos sentidos para el vivir en sus propias experimentaciones y experiencias de si mismo.

Estas experimentaciones apuntan otras posibilidades identitarias más auténticas, forjadas a partir del acopio de sus propias producciones de existencia singular y que no repiten lo ya establecido para ser y

38 [NT] El capacitismo (ableism, en inglés) es una forma de discriminación o prejuicio social contra las personas con discapacidad. También puede conocerse como discriminación de la discapacidad, capacitocentrismo, fiscalismo (en el caso de la discriminación por una diferencia física) u opresión de la discapacidad. Es también muy común utilizar el término “capacitismo” como sinónimo de cuerdisimo, o incluir el cuerdisimo dentro del capacitismo.

39 [NT] La noción de “capitalístico” con lleva a todo lo que es producido por sistemas dominantes de significación, cuya repercusión es el control social y de las instancias psíquicas que definen la manera de percibir el mundo. Los pueblos originarios o ancestrales, los niños que aún non ingresaran en la escuela y las personas que están en los hospitales psiquiátricos, por ejemplo, pueden tener una percepción del mundo completamente diferente de aquellos que se suelen tener una mirada desde la perspectiva de los esquemas dominantes.

reconocerse. Hacen referencia a una experiencia existencial fuera de ese territorio simbólico y capturante. Así, pueden abrirse a nuevas lógicas identitarias que produzcan intensamente más vida en sus vidas.

Nuestra intención no es transformar a las personas con discapacidad en una identidad única, ni siquiera hablar por las personas con discapacidad, analizar e interpretar sus “discursos recopilados” durante la investigación. En nuestros recorridos cartográficos producimos encuentros y mapas de acontecimientos y atravesamientos, mapas en que los/las investigadores/as son afectados/as e agenciados/as. Agenciar pensamientos que nos permitan transver y cuestionar lo que vemos, vivimos y sentimos con nuestros cuerpos ya marcados en el día a día.

Referencias

- Abrahão, A. L. *et al.* (2013). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, 39, 133-144.
- Bertussi, DC. *et al.* (org.). (2021). **O Cer que Precisa Ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 13-16.
- Butler, J. (2016). What is coalition? Bodies in alliance and democracy. In: Delphine, G.; Kraus, C. (Eds.). **Politiques de coalition: penser et se mobiliser avec Judith Butler**. Zurich: Seismo, 14-33.
- Hardt, M., & Negri, A. (2005). **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record.
- Krenak, A. (2019). Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras.
- Merhy, E. E. et al. (2016). Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua, implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D., & Merhy, E. E. (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 31-42.
- Moebus, R. N., Merhy, E. E., & Silva, E. (2016). O usuário-cidadão como guia: como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D., & Merhy, E. E. (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado**: surpreendendo os instituídos nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 43-53.
- Slopp Junior, H. et al. (2020). Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea digital**: revista de pensamento e investigação social, 20(3), e2617. Disponible en: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>.

Mapas y flujos de la micropolítica del cuidado a la salud de las personas con discapacidades en la red de Campo Grande - MS: red formal, invisible y existencial⁴⁰

Nathália Silva Fontana Rosa

Débora Cristina Bertussi

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Ane Milena Macêdo de Castro

Jackeline Souza da Silva

Lohanna Chrystina dos Santos Antunes de Macedo

Emerson Elias Merhy

Introducción

La Red de Cuidado a las Personas con Discapacidad (RCPD) es una de las 5 redes temáticas de atención a la salud prioritarias de Brasil, y ocupa un lugar central en las políticas públicas del país. Si bien la creación e implementación de la RCPD en Brasil tuvo impacto en la expansión y cualificación del cuidado a la salud de las personas con discapacidad (PcD), las narrativas de usuarios, gestores, profesionales e investigadoras traen otras visibilidades para el cuidado en red.

Los servicios de la red formal instituida son insuficientes, y las ofertas existentes no son capaces de producir un cuidado en salud ampliado, integral, longitudinal y articulado entre los distintos puntos de la RCPD, centrado en el usuario, en sus singularidades y complejidades, y que aumentan sus potencias de vida en sus territorios existenciales.

En el sentido de intentar de llenar los vacíos asistenciales, instituciones que no forman parte de la RCPD formal ofrecen cuidado a las PcD, en sus diferentes demandas. Son varias instituciones encargadas del cuidado en salud de un número expresivo de PcD, tanto de aquellas que no consiguen acceder a los servicios formales de la RCPD por falta de oferta, como por la ausencia de algunos tipos de oferta de cuidado. Como no aparecen en la red formal, pero brindan cuidado a las PcD, llamamos a este conjunto de servicios una red invisible.

40 Capítulo publicado originalmente en portugués en Rosa (2016).

Los movimientos micropolíticos utilizados en la articulación de estas redes producen visibilidad en la potencia de las parcerías que se establecen entre los diferentes servicios y actores sociales. Nos guiamos por los caminos de los usuarios en la producción de sí mismos, en la micropolítica de los encuentros que componen sus existencias, identificando los lugares de territorialización y expresividad en los diferentes campos de prácticas que se van instituyendo (Merhy *et al.*, 2014).

El objetivo de este texto es problematizar las posibilidades de cuidado aprehendidas en el contexto de una investigación cartográfica, en el conjunto de sus implicaciones en el contexto macro y micropolítico del cuidado de la salud de las PcD, visibilizadas a partir de la construcción de diferentes mapas y flujos recorridos por las PcD en la red formal y en la red invisible en la ciudad de Campo Grande - MS. Estas experiencias son fruto de los recogidos de la investigación nacional “Análisis de la implementación de la red de atención a la salud de las personas con discapacidad – usuarios, trabajadores y gestores como guías”.

Los mapas cartográficos evidenciaron que tanto los servicios de salud como las producciones existenciales de los usuarios están engendradas centralmente por los servicios de atención especializada, especialmente los de rehabilitación. Son paquetes de intervenciones sobre los cuerpos. Son estos los modos de oferta de cuidado en salud que ocupa el primer plano de las políticas públicas, la red formal, la red invisible, las percepciones de los trabajadores y los deseos de los usuarios-ciudadanos.

Los mapas fueron contruidos como mapas vivos, no estáticos, del territorio de investigación y sus conexiones, de necesidades de datos, información y conocimiento, buscando captar los diferentes significados que emergen de los caminos de investigación. El orden de inserción en el texto no es cronológico, sino una apuesta por dar más fluidez al texto y mejor encadenamiento de ideas y argumentos.

1) Rieles y desvíos por los mapas y flujos de la RCPD

Encontrar es hallar, capturar, robar, pero no hay método, tan sólo una larga preparación. Robar es lo contrario de plagiar, de copiar, de imitar o de hacer como. La captura es siempre una doble captura, el robo, un doble robo, y es esto lo que crea no algo mutuo, sino un bloque asimétrico, una evolución a-paralela, las bodas, siempre “fuera” y “entre” (Deleuze, & Parnet, 1998, p. 35).

Como una de las entradas de la investigación, en una apuesta cartográfica y rizomática de buscar diferentes movimientos, se siguió el rastro de la red formal das PcD en Campo Grande - MS con el objetivo

de explorar los flujos y prácticas de cuidado (continuo, coordinado y articulado) desarrollado entre los diferentes puntos de atención de la RCPD y mapear la red que recorre el usuario en su trayecto de cuidado.

Perseguimos una cartografía de la cartografía de la RCPD, es decir, una búsqueda de diferentes mapas y flujos entre la red formal instituida y las redes que, en acontecimiento, se forman a partir de otros espacios y narrativas. Tomamos diferentes perspectivas para buscar un movimiento que no fuera una representación de un todo estático, sino un dibujo que “acompaña y se hace al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje” (Rolnik, 2014). Hemos sido afectados por las redes existenciales de los usuarios que acompañamos, a la vez caminando por la red formal, a la vez rompiendo redes y creando otras frente a nuestros dibujos en movimiento.

También nos afectaron los encuentros con redes y datos oficiales, así como nuestras propias miradas como investigadores *in-mundo* (Abrahão *et al.*, 2013). Utilizamos el geoprocesamiento y la elaboración de diferentes mapas alrededor de la RCPD como forma de tornar decible todos estos hallazgos, reformulaciones y afectos que pedían paso mientras estábamos inmersos en la intensidad de la investigación (Rolnik, 2014). Estos mapas, cuando se superponían, eran en sí mismos una interferencia de caminos⁴¹, que a veces se encontraban y muchas veces causaban ruido.

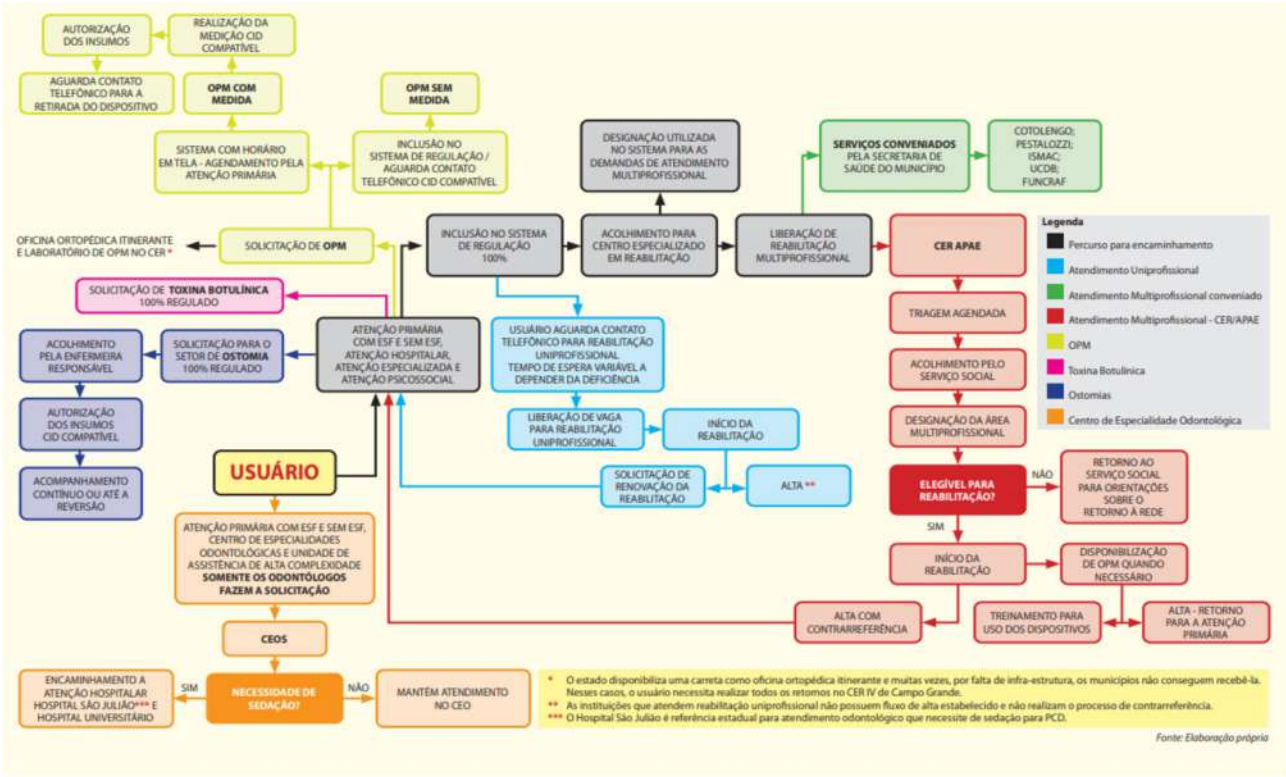
El primer mapa oficial del RCPD, ofrecido por la gestión estatal y municipal, únicamente traía servicios de rehabilitación multi y uniprofesional, hecho que generó un primer distanciamiento en relación a la percepción de la gestión sobre la atención a las PcD. Esto se debe a que, entre otros aspectos, los distintos servicios que componen esta red estaban ausentes de este flujo, como Atención Primaria a la Salud, servicios hospitalarios, servicios de diagnóstico y el Centro de Especialidades Odontológicas, tal y como recomiendan las directrices del RCPD de acuerdo con la Ordenanza n.º 793, de 24 de abril de 2012 (Brasil, 2012).

Al mismo tiempo, mientras caminábamos por las redes existenciales de ciudadanos usuarios dentro y fuera de la red instituida, estos y otros puntos de la red también ganaban visibilidad, relevancia y pedían acceso para componer otro mapa de la RCPD. Este movimiento reforzó la percepción de que una red de servicios restringida a la rehabilitación es insuficiente, así como la necesidad de ampliar el mapa formal para incluir flujos adecuados a la realidad de los usuarios.

⁴¹ En el contexto de una investigación con enfoque cartográfico, el concepto de “interferencia” cobra relevancia. Entendemos por interferencia cualquier cambio en la realidad que pueda surgir de los movimientos de la propia investigación, pero que no constituya una intervención intencionada o finalista a priori, y que no se dé a reconociones. Las interferencias son resonancias de la investigación, lentas y sutiles, pero por eso mismo concretas, y que pueden o no ocurrir durante la investigación (Slomp Jr.; Feuerwerker; Merhy, 2015)

Construimos, entonces, un mapa con los flujos de la red formal que permitía no solo incluir todos los servicios del RCPD, sino también ubicar al usuario en su centralidad. Este otro mapa, elaborado a partir de procesos y visiones colectivas, fue una iniciativa del grupo de investigación como una forma de construir un diseño más cercano a los caminos recorridos por los usuarios-ciudadanos y de contemplar los servicios esenciales para la red y el papel que juegan en el flujo municipal de la RCPD (Figura 1).

Figura 1. Mapa y flujos de la red formal instituida para el cuidado a las personas con discapacidad en Campo Grande - MS, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Cabe mencionar que en la medida en que se fraguaron estos mapas se produjo una interferencia en la gestión municipal, la cual pasó a replantearse sus propios mapas y flujos a partir de las reuniones con los

investigadores. Así, no sólo nuestros territorios existenciales como investigadores sufrían interferencias, sino todo encuentro con otros actores era una provocación de “terremotos”.

Estos movimientos también nos permitieron dar visibilidad a lo que llamamos la red invisible (de la que hablaremos más adelante) y que recibe usuarios que necesitan atención en diferentes modalidades. Son servicios que no componen oficialmente la RCPD del municipio, y por tanto tratados por nosotros como invisibles, pero que se materializan permanentemente en la construcción de redes existenciales que ofrecen los trabajadores, docentes y estudiantes que transitan por estos espacios. Constituyen otras formas de construcción de redes, que están disponibles a través del acceso de personas/trabajadores/gestores, generalmente de forma más personalizada con los usuarios, según el encuentro y vínculo que se establezca entre estos actores. Esta red es fundamental para la producción de cuidados a las PcD aún en la invisibilidad del flujo formal.

Para dar mayor materialidad al escenario de los diferentes puntos de atención de las redes formales e invisibles - intensamente involucradas en el cuidado a las PcD en el municipio- nos instigaron a producir un geoprocesamiento de los servicios. En este proceso, el primer elemento que se hizo evidente fue el hecho de que los servicios que componen la red formal y la red invisible consisten en su mayoría en servicios de rehabilitación especializados. Se trata de servicios prestados, en su mayoría, por instituciones filantrópicas, por instituciones de enseñanza que ofrecen cursos de pregrado en el área de la salud, un número menor de servicios privados contratados por temporadas, y un solo servicio público-filantrópico, el Centro Especializado en Rehabilitación de Campo Grande.

La ubicación geográfica de los servicios formales de salud de la RCPD y la red invisible se presentan en el geoprocesamiento del área urbana de Campo Grande-MS, con la identificación de los distritos y barrios de salud según el Índice de Exclusión Social del municipio⁴² (Figura 02).

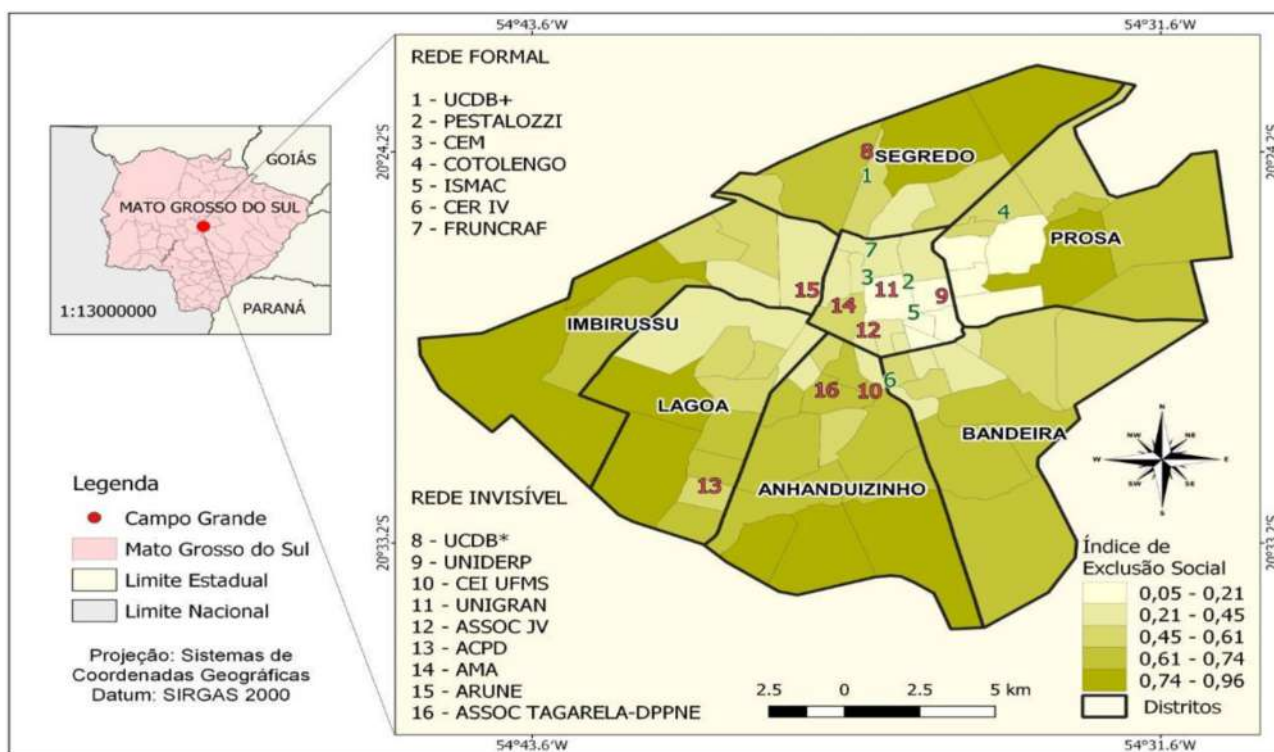
El segundo elemento importante que visualizamos a partir del geoprocesamiento de los servicios de salud de la RCPD del municipio es la localización geográfica de los mismos, ubicadas en las regiones más centrales, lo que resulta en un vacío de atención en las regiones periféricas de la capital estudiada. La concentración de servicios de salud especializados en regiones centrales de las ciudades es una característica reportada por muchos autores en diferentes realidades, tanto a nivel nacional como internacional (Julian, 1971, Silva *et al.*, 2014, Souza *et al.*, 2014, Eide *et al.*, 2014, Eide *et al.*, 2015, Brighth *et al.*, 2018, Kuper *et al.*, 2018).

⁴² El municipio está dividido en 6 distritos sanitarios y el Índice de Exclusión Social fue construido a partir de 7 indicadores, y varía de 0 a 1. Los valores mayores corresponden a las áreas de mayor exclusión social (Sauer *et al.*, 2012).

Y el tercer elemento a destacar es que las regiones más centrales, donde se ubican los servicios, son las que presentan menor tasa de exclusión social. Las regiones más vulnerables están en la periferia del municipio y alejadas de los puntos de atención de la RCPD, hecho que se repite incluso en las ofertas de la red invisible.

Esta forma de organizar los servicios de salud y los impactos de las barreras geográficas en el acceso no es nueva, como ya se ha demostrado y discutido en una publicación clásica de la década de 1970, denominada Ley de Atención Inversa, cuya característica es la ubicación de los servicios de salud en regiones más lejos de las personas que más los necesitan (Julian, 1971).

Figura 2. Mapa representando los 6 distritos sanitarios en salud, la distribución espacial de acuerdo con el Índice de Exclusión Social en las diferentes regiones del municipio y la distribución en número de los servicios de rehabilitación que integran la Red Formal de Cuidados a las Personas con Discapacidad y Red Invisible en Campo Grande-MS, 2021.



Fuente: Elaboración propia.

La barrera geográfica se intensifica por la insuficiente oferta de transporte sanitario para que los usuarios se desplacen a los servicios de salud, lo que impone la necesidad de transporte público y/o privado para acceder a la atención. No es raro que las PcD tengan movilidad reducida, y el transporte no siempre está adaptado a sus condiciones, ni los profesionales que trabajan en el transporte están capacitados para recibir a las PcD en sus particularidades.

Sumado a esto, en general, los tratamientos de rehabilitación son largos y se realizan semanalmente. Además de las consecuencias en la salud y vida de las PcD, estas barreras resultan en una sobrecarga física y mental para los cuidadores responsables del cuidado y desplazamientos de los usuarios ciudadanos, realidad con la que muchas veces nos encontramos.

Es un contexto complejo, que no es nuevo ni desconocido, sigue vigente y que implica dificultades para acceder a los servicios, no solo con relación a las vacantes, sino también al desplazamiento. Las barreras geográficas se encuentran entre las principales barreras reportadas por las PcD para acceder a los servicios de salud (Eide *et al.*, 2015, Cruz *et al.*, 2020, Castro *et al.*, 2021, Girondi, & Santos, 2011), y los costos de transporte se consideran intransponible o problemas muy graves (Paula *et al.*, 2016, Eide *et al.*, 2015). Las barreras geográficas, además de las financieras, actúan de forma sinérgica e impactan tanto en el acceso a los servicios como en la adherencia y mantenimiento de los tratamientos a medio y largo plazo (OPAS, 2020, Eide *et al.*, 2015). En este contexto, dichas barreras dificultan y/o impiden el uso de los servicios de salud, especialmente para los más vulnerables. Pensar un RCPD basado únicamente en la prestación de servicios y ubicado en regiones centrales y con menor exclusión social, tanto de la red formal como invisible, sin pensar en la logística del transporte sanitario, es producir un falso acceso. Desde la perspectiva de las existencias de las PcD, este acceso se traduce en una barrera excesiva a la atención de la salud.

En esta composición de mapas, flujos y múltiples perspectivas para la RCPD, el dispositivo de la persona usuaria ciudadana guía fue un importante intercesor en la investigación, permitiendo recorrer los movimientos realizados en la vida cotidiana de las personas, servicios, instituciones directa o indirectamente involucradas. en la producción del cuidado de estos usuarios, y que nos proporcionó diferentes elementos para mirar el funcionamiento de la RCPD.

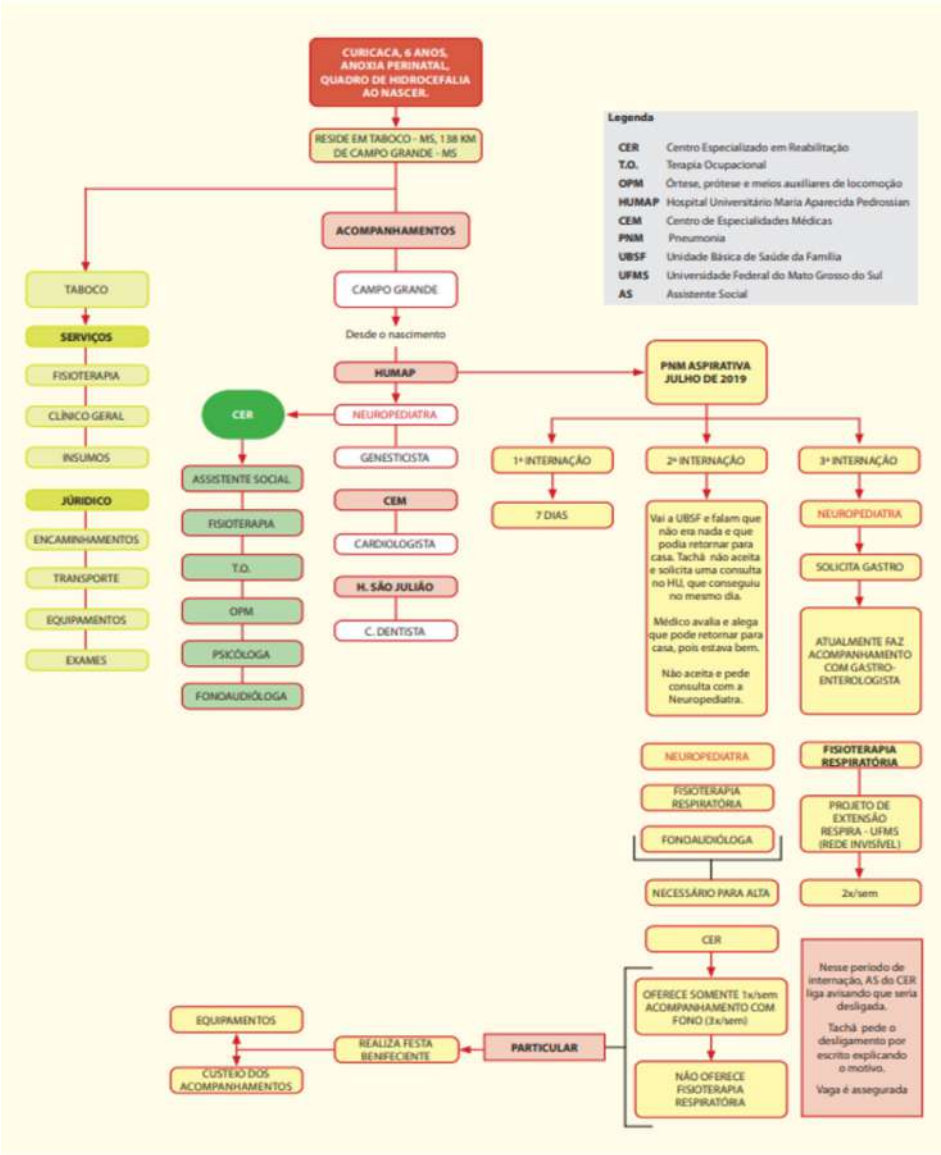
A partir de los encuentros realizados con las personas usuarias ciudadanas guías, elaboramos mapas y flujos de toda su trayectoria: lógicas de recorrido, lugares recorridos, puntos de conexión,

accesos y barreras, entre otras informaciones. En ese camino, surgieron otras perspectivas de la trayectoria existencial de los usuarios, además de las cuestiones clínicas y los procesos de salud y enfermedad, lo que inevitablemente provoca tensión en la forma de producir cuidado en redes formales e invisibles.

Así, el tercer mapa que traemos en este texto es de una de las usuarias ciudadanas guías que acompañamos. Se trata de una madre que viaja por la red en busca de cuidados para su hija, que aquí llamaremos Tachã, madre de Curicaca, de 6 años y con parálisis cerebral severa⁴³. Viven en un municipio del interior del estado de Mato Grosso do Sul, ubicado a 138 km de la capital, lo que implica un desplazamiento semanal al servicio de rehabilitación desde el nacimiento de su hija. Tachã y Curicaca tensionan la red oficial, construyen caminos alternativos, acceden a diferentes servicios de la red formal como también de la red invisible y nos instigan con más elementos para comprender el cuidado a las PcD a través del análisis de los mapas y flujos de las diferentes redes (Figura 3).

⁴³ Nombres ficticios. Definimos estos nombres porque son aves típicas del Pantanal (Mato Grosso do Sul). Tachã y Curicaca, con un grito potente y ronco, marcan su presencia en el canto del amanecer, al nacer de sol y en la puesta de sol.

Figura 3. Mapa de los servicios de salud frecuentados por la usuaria-ciudadana-guía y flujos recorridos en búsqueda de cuidado en la red formal institucional para el cuidado de las personas con discapacidad en la red invisible en Campo Grande-MS, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Ponemos en el mismo nivel de legitimidad para la investigación las trayectorias de las personas usuarias ciudadanas, el mapa formal de la RCPD en el municipio y los diferentes mapas elaborados por el grupo de investigación, ya sea a partir de datos oficiales o forjados a partir de las narrativas de diferentes actores. Todos estos mapas fueron considerados fuentes válidas y trabajados desde la multiplicidad entre ellos, dando visibilidad a las narrativas de usuarios y trabajadores como fuentes productoras de conocimiento, es decir, que buscan la acción y la narratividad para encontrar vidas. La pregunta no era qué mapa es más oficial, sino ¿qué aparece cuando se superponen? ¿Dónde está la producción del cuidado cuando analizamos este material? ¿Cuáles son las pistas sobre las barreras y el acceso para los usuarios de la RCPD cuando contrastamos estos mapas entre sí?

2) Invisible en la formalidad, pero visible en la producción de existencias de las PcD

Uno de los temas que ganó visibilidad a partir de la producción de mapas, como mencionamos anteriormente, es lo que llamamos la red invisible. En este punto nos interesa ahondar en el papel que juegan dentro de la formalidad de la RCPD y en la existencia de las PcD, ya que estos servicios no aparecen en la red formal de manera contractualizada, sino que producen un real cuidado a los usuarios-ciudadanos.

El cuidado a las PcD con demandas de fisioterapia cardiorrespiratoria, utilizando oxigenoterapia y/o con traqueostomía, es un ejemplo de las limitaciones de la prestación de servicios de salud en la red formal. Entre los servicios de modalidad multiprofesional, hay un número insuficiente con ofertas dirigidas a la atención de PcD en estas condiciones de salud, aunque hay un porcentaje expresivo que necesita estos tratamientos. El servicio de rehabilitación de referencia en el estado, no se presenta para esta modalidad de cuidado en salud.

Los usuarios-ciudadanos y sus familiares trazan caminos otros para que sus demandas sean atendidas, cruzan y atraviesan tanto la RCPD formal como la red invisible, y en este movimiento se van tejiendo sus propias redes vivas (Merhy *et al.*, 2014). Son redes en constante transformación, permeadas por la movilidad, por la multiplicidad de existencias, por la pluralidad de intereses y que no responden a la racionalidad institucional (Merhy, & Cecílio, 2003).

En este sentido, la red invisible es una red en proceso, constantemente fabricada por los distintos actores que cohabitan el mundo del cuidado a las PcD en sus diferentes potencias de construcción (lo que pueden los trabajadores, la gestión y los usuarios). Son servicios variados y diferenciados que

forjan diferentes texturas, también dentro de la oferta dada a priori por la red formal y en la inmanencia (Deleuze, & Guatari, 1997) de la construcción singular de la red de cuidados. En los flujos existenciales que acompañamos, esta red es constantemente producida por los usuarios-ciudadanos, por los trabajadores y por la propia gestión, que cuenta con estas ofertas como posibilidad de apertura para constituirse también. Cabe mencionar que la red formal en sí tampoco es un todo estático, sino que tiene un carácter “flotante” con ofertas estacionales debido a la presencia de servicios privados contratualizados.

La red invisible no se presenta a los flujos formales como algo oculto que se contrapone a la realidad visible o incluso como un mejor o más efectivo plan de cuidado a las PcD. Como plan de producción constante y espacio que puede ser poblado por nuevos afectos, esta red invisible es cohabitada y disputada por distintos actores que conforman el cuidado de las PcD. Es decir, su fabricación se da entre, dentro y fuera de la red formal ya través de diferentes mecanismos.

Parte de los trabajadores que derivan a los ciudadanos-usuarios a los puntos de atención, por ejemplo, tienen algún tipo de relación y vínculo con los profesionales que actúan en estas instituciones (Universidades o Asociaciones), facilitando la inserción del ciudadano-usuario en el servicio. Aun así, algunos servicios habitan ambas redes, formales e invisibles, como es el caso de la Universidad Católica Dom Bosco (UCDB), que tiene convenio con el municipio para las demandas específicas de deficiencia auditiva, terapia ocupacional y fisioterapia neurológica. Al mismo tiempo, sin un vínculo formal con el municipio, recibe a los usuarios-ciudadanos para el tratamiento de fisioterapia y nutrición a través de actividades de formación de pasantes de carreras de grado en estas áreas profesionales.

La red invisible también da visibilidad a un proceso muy característico e histórico, que es la presencia común de servicios filantrópicos en el cuidado de las PcD en diferentes ámbitos, en un intento de llenar un vacío histórico de atención. En Brasil, la atención a las PcD surgió con carácter de atención elemental y se desarrolló en instituciones filantrópicas, incorporando la rehabilitación, sin asumir, sin embargo, un abordaje integrador y en red de ese proceso y conservando, en la mayoría de los casos, una postura asistencialista (Brasil, 2008).

Algunos de estos servicios fueron incorporados al flujo formal y establecido de la RCPD, como es el caso de la Asociación de los Padres e do los Amigos de los Excepcionales en Campo Grande-MS, calificado como Centro Especializado em Rehabilitación IV, luego de la creación de la RCPD. Otros servicios filantrópicos no incorporados al flujo formal orbitan esta red invisible y disputan por un lugar en

el cuidado de las PcD. Esta red invisible también está conformada por asociaciones, clínicas-escuelas que no están conveniadas, entre otros.

La existencia de servicios no reconocidos por la red formal genera un subregistro de información sobre la necesidad del municipio de organizar la RCPD y complementar los servicios y trámites de salud para las PcD (Santos *et al.*, 2020).

Este escenario de “colcha de retazos” de la red formal e invisible pone de relieve que el RCPD no se creó como una red de cuidados que amplía el acceso, sino como una política pública que reúne servicios y prácticas existentes, y con poca o ninguna novedad, para el cuidado integral en red de las PcD.

3) La captura de las Redes por el modelo biológico centrado: La red invisible es una repetición de la red formal

La implementación de la RCPD se formuló con el objetivo de producir la (re)organización de los puntos de atención, los servicios existentes y la apertura de un nuevo servicio, el Centro Especializado en Rehabilitación (CER), que representó una novedad en ese momento con el objetivo de responder a la cuestión del vacío asistencial en rehabilitación de las PcD, problema histórico en el Sistema Único de Salud (SUS) que no fue resuelto ni siquiera con la creación de esta red.

Las personas usuarias ciudadanas nos guiaron y permitieron que pudiéramos caminar por sus modos de vida, demostraron cómo se presentaban y desplegaban sus debilidades y potencialidades. Cada uno con exigencias, deseos y capacidad de adaptación a una red que muchas veces se presenta como una barrera. Los modos de organización de la red en muchas situaciones dificultan que los usuarios-ciudadanos accedan a la atención que necesitan, es decir, el acceso es una barrera como se mencionó anteriormente.

Comprender cómo se produce la inserción del ciudadano-usuario en el plan formal del RCPD y las implicaciones de este modelo en las formas en que las PcD acceden y utilizan los servicios de salud que necesitan, permitió mirar una cuestión importante: el cuidado de Las PcD está centralizado en los servicios de Atención Especializada, y de forma implacable en los servicios de rehabilitación. En otras palabras, todos los caminos que recorrieron los ciudadanos usuarios, ya fuera por la red formal o por la invisible, conducían al mismo modo de producción del cuidado, el de la rehabilitación de los cuerpos biológicos en la atención especializada.

En resumen, el camino de los usuarios-ciudadanos en busca de un servicio de atención en la red formal es repetitivo: todas las derivaciones se hacen a través del sistema de regulación, y casi la totalidad

de ellos por médicos que los encuadran en protocolos. En seguida comienza un intenso y en la mayoría de las veces prolongado proceso de búsqueda de los usuarios-ciudadanos y familiares por los servicios de la red formal que satisfaga sus necesidades.

Al ingresar al sistema regulatorio, para que el proceso siga el flujo establecido, el ciudadano-usuario debe cumplir con una serie de criterios de elegibilidad, que clasifican quién puede o no acceder a los servicios del RCPD, incluido el CER. La derivación se basa en el “CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) compatible” y si no lo es, la solicitud vuelve al punto cero, es decir, como en un sistema analógico (Merhy *et al.*, 2014), que para las manecillas del reloj avancen, tendrán que volver a pasar por los puntos que aseguran el regreso a la RCPD.

La RCPD estudiada está diseñado como una red lineal, en la que el usuario debe acceder a unos puntos para llegar a otro hasta encontrar el espacio asistencial que necesita. La red formal en el municipio demostró flujos de acceso rígidos y burocratizados en los que los usuarios-ciudadanos que no se ajustan a las “reglas” peregrinan en busca de tratamiento y atendimento a sus necesidades de salud.

Así, ante la oferta de servicios públicos restringidos e insuficientes, los usuarios-ciudadanos y familiares e incluso trabajadores de la RCPD activan sus contactos en servicios que no están acreditados ante esta red establecida, facilitando la inserción del usuario-ciudadano en el servicio. ¿Por qué hablamos de peregrinación? Porque los problemas son única y exclusivamente de cada usuario-ciudadano y su familia.

Y aquí llamamos la atención sobre un tema que encontramos, la red viva existencial⁴⁴ no es necesariamente buena, porque puede ser una repetición de sí mismo en la subalternidad. Pero sigue siendo una red en vivo. Por cierto, aquí queremos recalcar que producir red viva es natural, pero no quiere decir que se construya “cuidado de calidad” y se pueda repetir en las capturas.

La centralidad de la RCPD en la Atención Especializada implica que otros puntos de esta red asistencial no tengan un papel protagónico. Esta centralidad es reforzada por la Ordenanza n° 793 (Brasil, 2012) y se convierte en un “cuello de botella” de la red, ya que esta lógica de operar “institucionaliza” al

44 Las redes vivas trabajan con la noción de que los sujetos son una multiplicidad en producción, a partir de los contextos y posibilidades existenciales que cada uno tiene disponibles. En el campo del cuidado, ampliar la mirada sobre las redes vivas existenciales es una posibilidad de reconocer que los encuentros, vínculos y conexiones entre sujetos constituyen un espacio de afectación mutua y son, por tanto, micropolíticos, relacionales, legítimos productores de saberes, expectativas y de relaciones de poder negociando y construyendo proyectos de cuidado en una disputa permanente de manera compartida. En salud, además de las redes de atención establecidas, las Redes Vivas se producen a partir de las lógicas de encuentro y de los agenciamientos que allí se dan, produciendo conexiones existenciales individuales y colectivas. Las líneas y las infinitas posibilidades son producidas por los actores en las afecciones de sus encuentros con el “otro(s)” en el mundo del cuidado. Este agenciamiento convierte a cada sujeto en una Red Viva en sí misma, en permanente producción, produciendo movimientos, elaborando saberes, despertando afectos, construyendo y compartiendo cuidados desde una red no dada, sino tejida en acontecimiento, negociando en todo momento con lo ya existente en el contexto y en la vida (Merhy *et al.*, 2014).

usuario-ciudadano en el servicio, permite poca apertura para que nuevos usuarios accedan a los servicios de Atención Especializada y resulta en largas colas de espera. La baja oferta de acciones de continuidad del cuidado en Atención Primaria refuerza la lógica de que el cuidado de las PcD es exclusivo de los servicios especializados, con raras excepciones, como la atención domiciliaria desarrollada por los equipos de Atención Domiciliaria (AD) y Atención Primaria, lo que no siempre ocurre.

Si bien en la formulación y funcionamiento del RCPD se asume el concepto de cuidado integral en la lógica interprofesional, el modelo biomédico de salud, mecanicista, privatizador y de carácter reduccionista, ha dominado casi absolutamente la producción de acciones de salud para las PcD. Es necesario resaltar que la subjetivación del modelo biomédico ha guiado las decisiones de los gestores y trabajadores de la salud y, por tanto, en la práctica, lo que se ve en la RCPD es un modelo guiado por la medicina científica moderna, para la cual la enfermedad y la discapacidad consisten en defecto biológico-mecánico, lo que conduce a un enfoque tecnicista del cuidado en salud, centrado en la incorporación de tecnologías duras⁴⁵ y en el manejo de cuerpos enfermos y/o deficientes. La discusión de fuerza-valores producida por Merhy et al. (2019) contribuye a nuestra comprensión de que la base de la clínica de las diversas profesiones de la salud es el saber técnico hegemónico, producido de forma fragmentada según las especializaciones, con pretensión de verdad producida desde la ciencia, que toma al cuerpo como una máquina biológica definida y desplazada de las intensidades del vivir.

La formulación de la construcción de una red de atención a la salud como política pública en Brasil fue muy oportuna en ese momento, ya que se enfrentaba a una intensa fragmentación histórica del sistema de salud en busca de la integración entre los servicios. En el sistema de salud coexisten el modelo fragmentado y la atención en red, pero en este proceso predomina el modelo biomédico. Entonces, podemos decir que esta formulación se produjo más en la intención que en la acción.

Estos giros operaron en repetición y lo que podría ser la producción de la novedad de la RCPD, construcción de conexiones e integración entre servicios de salud, no constituyó, en la práctica, una red de atención en este campo de investigación. De hecho, en su formulación legitimó la posibilidad de institucionalizar algunas prácticas y servicios ya establecidos para las PcD, como, por ejemplo, la continuidad de los servicios filantrópicos en la red formal e invisible. Por tanto, la red no nace como red, y las novedades que se podían producir eran una repetición de servicios fragmentados aglutinando servicios

⁴⁵ El concepto de tecnologías duras (relacionadas con el manejo de equipamientos y medicamentos utilizados en las intervenciones terapéuticas), blandas-duras (intervención a través de conocimientos bien estructurados como el clínico y epidemiológico) y blandas (que permiten la producción de relaciones involucradas en el encuentro trabajador/usuario a través de la escucha, el interés, la creación de vínculos) se puede encontrar en Merhy (2002).

que ya existían tanto en la red formal como en la invisible. Las narrativas del usuario-ciudadano visibilizan esta producción de cuidados fragmentados, con paquetes de intervenciones sobre cuerpos rebanados lejos de la formulación de cuidados integrales.

Un cuestionamiento importante es el impacto en la forma de organizar las redes de atención y el cuidado en salud, pues en el encuentro entre trabajadores y usuarios hay una apreciación de saberes reconocidos como legítimos o no, y con posibilidad o no de construcción compartida de un proyecto terapéutico que tenga sentido para el usuario-ciudadano. Así, no podemos dejar de producir visibilidad para la valorización del conocimiento biológico, especializado y médico centrado por parte de los gestores, trabajadores y también usuarios-ciudadanos. Por lo tanto, producir una red viva no necesariamente produce libertad y autonomía, pero puede ser captura y repetición. Capturado por este cuidado guiado por el modelo biologicista, especializado y médico-céntrico, repitiendo una forma hegemónica de cuidar, tanto en la red formal como en la invisible. Como en toda captura, hay disrupción, también identificamos líneas de fuga⁴⁶ en dirección hacia otros modos de cuidar.

La red viva está en constante producción y los usuarios-ciudadanos hacen huecos en los muros de las instituciones y en el modelo tecnoasistencial⁴⁷ cuando las redes invisibles y formales no satisfacen las demandas y necesidades de salud, buscando otras fuerzas instaladas en la relación comunitaria, otros campos de expresión del vivir. Hay una red potencial para la producción de cuidados que va mucho más allá de la red formal, la red invisible o incluso una red existencial ya muy incrustada o muy formal, que atraviesa todas las redes existentes y destaca las ausencias, la red que no existe. Las ofertas de cuidado en las redes formales e invisibles, desde la perspectiva de aumentar el poder y la autonomía de las PcD, son vaciadas y precarizadas. La RCPD y la red invisible no encajan en las existencias de las PcD y las existencias de las PcD no encajan en la red formal e invisible.

¿Dónde está instalada la potencia de creación de aquello que aún no existe? Esto nos lleva a la necesidad de una crítica más radical de las formas de organización de los modelos de cuidado a las PcD.

46 La línea de fuga es una de las tres líneas que forman lo que Deleuze y Guattari llaman de “agencement” o de “agenciamiento”, y ella misma actúa como un factor de un agenciamiento que, en última instancia, le permite adaptarse a los cambios, que pueden estar asociados con nuevos cambios sociológicos, políticos y psicológicos. Las multiplicidades se definen por el afuera: por la línea abstracta, línea de fuga o desterritorialización según la cual cambian de naturaleza cuando se conectan con otras. El plano de consistencia (cuadrícula) es el exterior de todas las multiplicidades. La línea de fuga marca, al mismo tiempo: la realidad de un número de dimensiones finitas que la multiplicidad llena efectivamente; la imposibilidad de cualquier dimensión suplementaria, sin que la multiplicidad se transforme según esta línea; la posibilidad y necesidad de aplanar todas estas multiplicidades en un mismo plano de consistencia o exterioridad, cualquiera que sea sus dimensiones (Deleuze; Guattari, 1995, p. 16).

47 [NT] El “modelo tecnoasistencial” es el diseño organizativo para la provisión de recursos para la gestión de los sistemas y servicios de salud, para la elección de prácticas de cuidado (más centradas en la enfermedad o más centradas en la relación profesional-usuario, por ejemplo) y para la composición de parámetros para la evaluación de la satisfacción de las necesidades sociales en salud. La expresión reúne las ideas de “modelo” (diseño organizacional y perspectiva de pensamiento), “tecnología” (conocimiento estructurado y conocimiento revisado) y “asistencia” (prácticas de cura y cuidado).

Nuevas conversaciones sobre el RCPD

Nuestra intención en este punto es recopilar este material, abriendo para nuevas conversaciones, a partir de lo que el análisis de los mapas y flujos de la RCPD nos permitió ver y decir.

Uno de los recogidos que nos parece relevante es una discusión sobre el tema del Estado y las políticas públicas sociales, pues vemos que el RCPD es una repetición y captura no solo de un modelo de cuidado que promueve cierto tipo de paquetes de intervención sobre cuerpos con discapacidades, sino de los arreglos de políticas de salud que Merhy (2014) describió como servicios verticales. Esta es una organización que data de la década de 1940 como una lógica de pacto societario del Estado brasileño y que promueve una política vertical para el sector de la salud, siempre con un carácter de “clientelismo populista” de acomodación de grupos de interés específicos. Es decir, una organización que no presenta un modelo tecnoasistencial de cuidado en salud, sino numerosos modelos para cada eje de estructura vertical (cáncer, SIDA, red hospitalaria, red básica, PcD), y que no ha logrado romper con esta lógica incluso dentro de los gobiernos más progresistas.

Encontramos que el RCPD no promueve una trama unificadora necesaria para la atención integral y en red, sino que repite ese arreglo institucional que apacigua a los grupos de interés dentro de una política público-privada (y también filantrópica) del Estado brasileño. En la formalización de la red, la creación del CER como novedad no promueve en realidad la necesaria y diferenciada oferta de cuidado en red a las PcD. Los demás servicios que orbitan esta red formal son un reagrupamiento de servicios que ya existían, generalmente de carácter filantrópico (algunos de estos incluso fueron reorganizados y calificados como CER, como es el caso de Campo Grande-MS), con oferta en rehabilitación física, sensorial e intelectual en atención especializada. La red invisible, por su parte, también repite este modelo de atención y arreglos, generalmente en función de sus propios intereses según los lugares que ocupan en la sociedad (universidades, asociaciones, movimientos sociales etc.).

En ausencia de ofertas, los usuarios-ciudadanos también repiten esta lógica en la producción de sus redes vivas, capturados por este modelo que promueve barreras a la construcción de otras lógicas de caminos, dentro y fuera de la red formal. Al mismo tiempo, demandan este tipo de cuidado - la rehabilitación del cuerpo biológico en la atención especializada - como única posibilidad de recibir atención a sus necesidades como PcD. Incluso, cuando es necesario, desencadenan judicialmente el acceso a los servicios sin reclamar otro modelo de atención como ciudadanos.

Es importante resaltar que no se trata de minimizar o hacer poco caso del cuidado de rehabilitadora y de la atención especializada, o presentar un abordaje en detrimento de otro, sino repensar/crear pensamientos para la disrupción de los modos de producción del cuidado capturados por la normalización de los cuerpos, hacia el cuidado que enriquece y amplía los modos de vida y las existencias de las personas con discapacidad.

Identificamos que el modelo de organización de la red de cuidado en salud instalado tiene una concepción capacitista⁴⁸ y está ligado a la *corpo-normatividad*, por considerar que los cuerpos con discapacidad son incompletos y por lo tanto sujetos a reparación/rehabilitación, cuando se sitúan en relación a cuerpos con patrones corporales/funcionales hegemónicos y guiados por los cuerpos del modelo biomédico.

¿Qué diferencia debemos hacer en la organización de la red de atención a las PcD? ¿Lo que falta? ¿Cómo producir potencia, autonomía, independencia e inclusión para las PcD?

Nuestra intención no es dar respuestas a las problematizaciones, sino abrir el debate. Con relación al proceso de calificación/rehabilitación, sería fundamental desarrollar potencialidades, talentos, habilidades que contribuyan al logro de la autonomía en la diferencia y la inclusión. Nos parece que la producción de autonomía es un concepto clave para la caracterización de esta condición de cuerpos con discapacidad y una agenda necesaria a ser enfrentada por la forma de cuidar en la RCPD, pues tal consideración permite precisamente sustraer la discapacidad de la condición de enfermedad o discapacidad. Entendemos y defendemos que todas las vidas, incluidas las PcD, producen sus deseos y formas de vivir y deben potenciar sus espacios para ello.

La autonomía e inclusión no se logrará desde la rehabilitación del cuerpo biológico en busca de reducir las discapacidades, ni debe ubicarse exclusivamente en el campo de la salud. Para la autonomía y la inclusión se necesitan múltiples acciones articuladas en busca de intervenciones asistenciales y sociales que eliminen las barreras que operan en los diferentes espacios de la sociedad contemporánea y que inciden en la exclusión y segregación de las PcD. Es fundamental crear y resaltar otras narrativas, dentro y fuera de la salud, sobre el vivir con diferentes discapacidades, para que las PcD sean reconocidas no sólo como ciudadanas de derechos, sino con derechos a otras expresiones del vivir a partir de sus diferencias.

48 Capacitismo: tipo de discriminación que se materializa en forma de mecanismos de prohibición y de control biopolítico de los cuerpos con base en la premisa de la (in)capacidad, o sea, en lo que las personas con discapacidad pueden o son capaces de ser y hacer. El capacitismo está externado por actitudes prejuiciosa que jerarquizan a las personas según la adecuación de sus cuerpos a un ideal de belleza y capacidad funcional (Mello, 2016).

Referencias

- Abrahão, A. L., Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Tallemberg, C., Chagas, M. de S., Rocha, M., Santos, N. L. P. dos, Silva, E., & Vianna, L. (2013). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, 39, 133-144.
- Bertussi, D. C. et al. (2021). **O Cer que Precisa Ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. Pág. 32-48
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). **Portaria n. 793, de 24 de abril**. Institui a rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do sistema único de saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). **Portaria n. 3128, de 24 de dezembro**. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Diário Oficial da União, Brasília-DF.
- Brighth, T., Wallace, S., & Kuper, H. (2018). A Systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low – and Middle – Income Countries. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, 15(10), 2165. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
- Castro, A. M. M. de, Silva, J. S. da, Macedo, L. C. dos S. A. de, Rosa, N. S. F., Bertussi, D. C., Santos, M. L. de M. dos, & Merhy, E. E. (2021). Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: Uma revisão integrativa. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva**, 2, e11351. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>
- Cruz, V. V., Silva, H. F., Pinto, E. G., Figueiredo, N. M. A., Sé, A. C. S., Fernandes, E. M., & Machado, W. C. A. (2020). Accessibility barriers for people with disabilities or reduced mobility: An integrative review. **Research, Society and Development**, 9(4), e168943053. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3053>
- Deleuze G., & Guattari F. (1997). **O que é a filosofia?** São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Parnet, C. (1998). **Diálogos**. São Paulo: Escuta.
- Eide, A. H., Mannan, H., Khogali, M., van Rooy, G., Swartz, L., Munthali, A., Hem, K-G, MacLachlan, M., & Dyrstad, K. (2015). Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries. **PLoS ONE**, 10(5), e0125915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125915>
- Girondi, J. B. R., & Santos, S. M. A. (2011). Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: Revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 31(2), 378-384.
- Julian, T. H. (1971). The inverse care law. **Lancet**, 297(7696), 405-412.
- Kuper, H., Mactaggart, I., Dionicio, C., Cañas, R., Naber, J., & Polack, S. (2018). Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? Results from a national case-control study in Guatemala. **PLoS ONE**, 13(12), e0209774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209774>

- Mello, A. G. (2016). Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: Do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(10), 3265-3276. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/deficiencia-incapacidade-e-vulnerabilidade-do-capacitismo-ou-a-preeminencia-capacitista-e-biomedica-do-comite-de-etica-em-pesquisa-da-ufsc/16546?id=16546>
- Merhy, E. E. (2014). **São Paulo de 1920 a 1940 – A Saúde Pública como Política: Os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida.
- Merhy, E. E., & Cecílio, L. C. O. (2003). **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019). Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, 43(6), 70-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 52, 4-7.
- Merhy, E. E. (2002). **Saúde. A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec.
- OPAS. (2020, Maio). **Rehabilitation considerations during the covid-19 outbreak Coronavirus**. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52035>
- Paula, C. C., Silva, C. B., Tassinari, T. T., & Padoin, S. M. M. (2016, Jan./Mar.). Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. **Journal of Research Fundamental Care**, 8(1), 4.056-4.078. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>
- Rolnik, S. (2014). **Cartografia sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina.
- Santos, C. C., Renner, J. S., Safelice, G. R., Graup, S., & Balk, R. S. (2020). Plano “Viver sem Limite” e a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência: Representações em um cenário da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. **Redes**, 25 (2, ed. Especial), 2760-2782.
- Sauer, L., Campelo, E., Capillé, M. A. L. (2012). **O mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande/MS: Uma nova reflexão**. Campo Grande-MS: Editora Oeste.
- Silva, M. A., Santos, M. L. M., & Bonilha, L. A. S. (2014). Users’ perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil): Problem-solving capacity and difficulties. **Interface** (Botucatu), 18(48), 75-86.
- Slomp, H., Jr., Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2015). Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 20(6), 9-17.
- Souza, F. O. S., Medeiros, K. R., Gurgel, J. G. D., & Albuquerque, P. C. (2014). Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: Revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4), 1283-1293. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>

Educación permanente en movimiento - una política de reconocimiento y cooperación, activando los encuentros del cotidianos en el mundo del trabajo en la salud, preguntas para gestores, trabajadores y quien quiera verse en ella⁴⁹

Emerson Elias Merhy

Construir un problema determinado: del inmovilismo surge la movilidad

Me permito citar y reflexionar sobre un discurso del músico Marcelo Yuka, en octubre de 2014, que en un momento dado dice que después de mucho tiempo se dio cuenta de que desde su inmovilidad se movía (Yuka, 2014).

Este artista había recibido 8 disparos, en una situación de violencia y robo, lo que le provocó varias secuelas, como: paraplejia, pérdida de control sobre uno de sus brazos, además de estar entre la vida y la muerte tras el acontecimiento.

Músico y activista comunitario en Río de Janeiro, pronto imaginó que la vida se le había escapado. Cómo podía subir a los barrios marginales, conocer a los niños y niñas de allí y crear actividades artísticas con ellos. Ya no podía hacerlo.

Durante muchos años estuvo muy poco activado para crear cosas nuevas, no pudo ver ensí mismo otras potencialidades para producir conexiones existenciales y realizar prácticas del yo que le permitieran actuar en colectivos con otros.

Evidentemente, aquel trágico evento no quedó impune, había estado removiendo a Yuka hacia algún lugar desde el principio y parecía que de la despotencialización de la vida era el más evidente, sin embargo, hay un momento en el que se da cuenta de que le pasó algo hacia un nuevo campo de sensibilidades y actividades que nunca había tenido. Su mirada sobre sí abre nuevas líneas de posibilidades, empieza a ver cosas que no veía, empieza a hablar cosas que no hablaba: la inmovilidad me pone en movimiento.

49 Texto publicado originalmente en el periódico Saúde em Redes (Merhy, 2015).

Su cuerpo sensible estaba en total construcción de sí, sin parar. Antes, no era común pensar en eso y de esta manera, o incluso la posibilidad de admitir este proceso en situaciones anteriores a las secuelas que había tenido. Se encontró positivamente afectado en lo que era la muerte en la vida.

En su entrevista cuenta que luego vuelve a crear nuevos deseos para participar en esta nueva posibilidad del mundo. De los nuevos mundos que se producían allí. Vuelve a crear artísticamente y a comprometerse en las luchas sociales. Se lanzó como candidato a vicealcalde en la candidatura de Marcelo Freixo⁵⁰ a la alcaldía de Río de Janeiro en el año 2012.

Y queda una pregunta, entre muchas otras: ¿qué ha cambiado realmente?

Sin duda, muchas cosas, pero lo que destaco en toda esta historia es el hecho de que cuando somos invadidos por nuevos regímenes de visibilidades y dizibilidades, por campos de afectaciones no predecibles en muchos casos, pero sí predecibles en otros, se crean nuevas posibilidades de mundos, y en muchos de ellos se potencia una fragilidad; a partir de la de no producción de la vida, se hace lo contrario.

Tal vez esto tenga mucho que ver con la Educación Permanente (Merhy, Feuerwerker, & Ceccim, 2006).

De qué hablamos cuando nos trasladamos al ámbito de la formación en el mundo del trabajo

Allí, en el día a día del hacer en las prácticas sanitarias, puede ser que un grupo de trabajadores están hablando de cómo actuar con la Sra. Isaura o el Sr. Antônio José e intercambien ideas al respecto. Esta conversación puede tener lugar en un café, en un espacio dentro de cualquier establecimiento (una casa donde se reúna el equipo de salud familiar, un comedor en un hospital, un ambulatorio, una sala en una UPA (Unidad de Pronto Atención)⁵¹ o cualquier otro tipo de lugar, como la acera donde se reúna un equipo de Consultorio en la Calle).⁵²

En esta conversación, hay una gran posibilidad de que algunos de los que están allí se vean afectados por lo que se dice y empiecen a ver y actuar de forma diferente en relación con los casos. Se puede imaginar

50 [NT] Marcelo Freixo es un político brasileño progresista.

51 [NT] UPA, en Brasil, es un servicio de urgencias especializado 24 horas,

52 El Consultório de o en la Calle (CnaR) representa equipos multidisciplinares que enfocan su trabajo en los diferentes problemas y necesidades de salud de la población en situación de calle. Es como una oficina de calle, como cuando decimos “teatro de calle”, es decir, intervenciones asistenciales realizadas al aire libre. También es una oficina en la calle, es decir, atención al aire libre y sin el amparo de una unidad básica de salud, centro de atención o hospital. Representa una prestación de atención que acepta las dificultades de la población en situación de calle para acceder a los servicios de salud, este dispositivo tiene como objetivo ampliar el acceso a la red de atención, ofreciendo atención en salud de manera más oportuna (ver en: <https://portal.fiocruz.br/noticia/radis-destaca-trabalho-da-equipe-do-consultorio-na-rua>).

que todavía es necesario saber más sobre la vida de cada uno o que se puede hacer algún nuevo examen. Puede ser que alguien piense que no es un problema tan grave y que tal vez formar un grupo con profesionales responsables por ellos, como un equipo de cuidadores, puede ser una oferta interesante de vínculo.

Muchas cosas pueden pasar ahí, en la ronda de conversación en el café, en el pasillo, en cualquier “espacio” inventado como tal por el colectivo que cuando se reúne, se inventa él mismo un arreglo.

Todavía podría ser que hicieran exactamente lo contrario.

Pueden crear barreras para la Sra. Isaura y el Sr. Antônio José, porque no soportan verlos más. Inventan juntos, o sacan de un repertorio que ya han construido, diversas estrategias para “eliminarlos” del servicio. Crean barreras para la atención. Es como si, en el mundo de los cuidados, pudiéramos producir el no acceso creando el acceso (Gomes, & Merhy, 2014).

Subrayo aquí que estas conversaciones no piden permiso a ningún organigrama de servicio oficial, ni a ninguna jerarquía de una organización. Tienen lugar en la acción del trabajo vivo en acto de todos y cada uno, en los espacios informales que se inventan entre los formales de una organización, es decir, los propios trabajadores (o cualquier tipo de agente institucional que se instale en ella, como los propios directivos y los usuarios, en general) los fabrican en sus acciones, conversaciones, reuniones, nuevos acuerdos etc.

Allí, a diario, esto ocurre en eventos, algunos de los cuales pueden ser intencionales, pero muchos otros no lo son. Puede que sólo se trate de un suceso de encuentros que en sí mismos provocan nuevos procesos colectivos, no dados ni buscados anteriormente.

Sucede que en este acontecer se están produciendo nuevas posibilidades de conocimiento para la acción en el campo de la salud y esto impacta, sin duda, en el mundo tecnológico del cuidado (Gomes et al., 2014). Puede ser que se introduzca una nueva vista de un punto de vista, que desplace las formas de mirar de lo que ya era un régimen de visión bien establecido, de ver. Mirar y ver nuevos visibles es en sí mismo una nueva activación de formas de conocimiento antes no dadas (Merhy, 2014).

Pueden ver que el Sr. Antonio José y la Sra. Isaura establecen un ritual de cuidado mutuo nunca antes visto por el equipo y esto lleva a un cambio profundo en la exploración de nuevos potencia relacionales entre todos, provocando incluso otro tipo de impactos terapéuticos en ellos, ya que se abre un nuevo camino al campo de las tecnologías blandas incrustadas en los actos de cuidado (Franco, & Merhy, 2013), de hecho un territorio tecnológico muy poroso, ya que se abre al aspecto no tecnológico de los encuentros (Merhy, & Feuerwerker, 2009).

Subrayo que no sólo hay producción de nuevos conocimientos contruidos colectivamente, sino también nuevos procesos de formación, sin haber designado formalmente éste como lugar de formación o capacitación del trabajador para el ejercicio de sus funciones. Allí, como escuela permanente, el mundo del trabajo implica siempre procesos formativos (Silva, 2003), y más, necesarios para la actualización actual de la práctica de un determinado grupo de trabajadores. Este territorio formativo no es el mismo que el de la formación continua, que siempre está marcado por la exposición al conocimiento a priori para preparar la acción. En este caso, la acción en sí misma es formativa, ya que conduce a la producción de nuevos conocimientos o a la actualización de algunos en el acto de cuidar.

El actuar en sí mismo está constituido por un conjunto de fuerzas que actúan sobre quienes lo realizan, provocando la formación del protagonista mismo, individual y colectivo, al mismo tiempo que opera la producción del cuidado, en el caso de la salud. Pero esto no es necesariamente transparente y obvio.

No todos los ojos lo ven. Pero sucede que este movimiento puede ser visto por un ojo que ha sido activado para ello y que al verlo lo identifica como un movimiento de educación permanente, pero esto no es una necesidad porque aún sin ser visto este movimiento está sucediendo como una práctica y con sus efectos. Allí, en el día a día, este proceso es constitutivo del propio mundo del trabajo y se desarrolla en el ámbito de los distintos actores institucionales, sin pedir permiso a nadie y sin necesidad de ser llamado proceso formativo para ser, de hecho, un lugar de formación.

La intencionalidad no se hace necesario para la existencia de este campo de prácticas, está ahí como un ir haciéndose por las conexiones en las que se inserta. Como si la presencia de los otros y del campo de lo cuidado como un acontecimiento (Franco, & Merhy, 2013), agencia sin tener que pensarlo. En este sentido, es un seguir actuando, seguir relacionándose, seguir ejerciendo la propia práctica de sí mismo (Foucault, 2010).

Sin embargo, es interesante que podamos mirar intencionalmente todo esto, porque hay una manera posible de actuar en estos lugares con la intención de agudizar la posibilidad de reconocer este proceso como constitutivo del mundo del trabajo, que en sí mismo ya es una escuela de formación, ¡una de las más fundamentales! Podemos aspirar a activar este proceso en la búsqueda de nuevas visibilidades y decibilidad sobre el mundo del trabajo y los procesos formativos. Hay varios ejemplos en esta dirección.

Que nos lo digan los médicos, porque en los últimos años de la facultad de medicina, cuando ponen a los internos a trabajar como médicos de verdad, en el servicio, acaban dando el diseño más eficaz

del proceso de fabricación del médico que saldrá de la facultad de medicina, independientemente de toda la estructura curricular previa que se inventó, de los conocimientos a priori que se le inculcaron y de las exigencias evaluativas formales que se le impusieron. Y que lo digan también las demás profesiones sanitarias, que cada vez están más dentro de este modelo de escuela/formación.

Qué desperdicio. Ir por años desperdiciando la vida, el dinero y el tiempo para meter a los alumnos en las aulas, tratando de transmitirles y transferirles conocimientos ya estructurados por ellos, y al final, sólo en la práctica efectiva del ejercicio profesional se cumple efectivamente el proceso formativo. Hay muchos informes sobre la inutilidad de aprender los nombres de los segmentos anatómicos del cuerpo en los cursos de medicina, en las disciplinas “básicas”, que se memorizan y no se aprenden, ya que el único objetivo son las pruebas de evaluación realizadas, para pasar de un semestre a otro. Poco después del examen y la aprobación, como por arte de magia la memoria se disuelve y todos esos nombres recitados mnemotécnicamente se van por el desagüe de la representación y el pensamiento sistematizado.

Sólo, y sólo, si un determinado alumno va por un área de la práctica profesional que exige estos conocimientos como información importante, se retoman los estudios de estos segmentos, ahora ya no como representaciones de conocimiento memorizadas, sino como “conceptos” que se viven allí en la acción profesional en la que se está implicado. Parece, de nuevo como por arte de magia, que el llamado conocimiento se vuelve ahora vivo en el acto vivo de la práctica, como si fuera esta práctica la que le diera efectiva acogida y sentido, en otras palabras, la práctica actualiza el conocimiento y lo produce allí en la producción de sentidos de la actuación. El conocimiento que fue representación a priori se queda en acto, vive ahí en el trabajo mezclándose con varios otros órdenes de conocimiento que la actuación requiere y que no están en campos de conocimiento estructurados, obligatoriamente. Tema para la conversación sobre las maletas tecnológicas de la actuación en el mundo de los cuidados, por ejemplo (Merhy, 2002), y sobre la presencia del otro en nosotros, en nuestro modo de existir (Merhy *et al.*, 2014). Este entrelazamiento entre el conocimiento dado a priori y su actualización en el acto de producción es un elemento clave para comprender en profundidad la singularidad de la producción del cuidado como acontecimiento.

La expansión posible de la mirada permite, intencionalmente como régimen de visibilidad que se quiere tener, ver cosas que no se ven regularmente en este territorio de actuación en el mundo del trabajo: cuanto en la vida cotidiana del hacer en el campo de las prácticas se está permanentemente produciendo conocimiento, reafirmando conocimiento y actuando tecnológicamente en el campo del cuidado. Y esto ocurre desde el núcleo pedagógico central: el encuentro con el otro y el intercambio de formas de actuar y conocer, produciendo sentido ético y político para su hacer en el campo de la salud.

Esto le ocurre a todos los que están ahí en el mundo del trabajo sin ningún privilegio para los que se llaman formalmente trabajadores de la salud, o incluso profesionales de la salud. No hay ningún diploma que elimine estos procesos con todos.

Abrir un movimiento que busque reconocer estos acontecimientos, visibilizarlos, podría ser una buena apuesta para cambiar el eje de los procesos de formación y capacitación en el ámbito de la salud. Puede ser un diferencial en el ámbito de la gestión dentro de una organización sanitaria, al reconocer que todos hacen, todos saben y todos gobiernan en las organizaciones (Merhy, 2002, & Merhy *et al.*, 2014) y, por tanto, por mucho control que se quiera tener sobre las acciones de los demás, de fuera a dentro, lo máximo que se puede conseguir es la cooperación o la clandestinidad en los actos colectivos.

Este reconocimiento de la producción viva de prácticas y saberes en el trabajo cotidiano tiene importantes implicaciones. No tiene sentido una política de inducción que apueste simplemente por la construcción de la educación permanente, como muchos piensan, porque esta práctica de educación permanente se da como parte constitutiva del mundo del trabajo en todas sus dimensiones en el ámbito de la política, la organización y el cuidado (Merhy, 2014), con efectos sobre el propio trabajador, en general.

Activar la mirada y la decir sobre la educación permanente en movimiento, allí en el mundo de trabajo, es tomar el instituido de sorpresa

¿Esta activación requiere una posible maquinaria? No necesariamente, pero sí se puede aprovechar, ya que contar con herramientas que busquen intencionalmente activar ciertos procesos o incluso darles visibilidad es un elemento que enriquece la apertura del hacer cotidiano, en el mundo del trabajo, para la posibilidad de producción de muchos otros significados que nuestra forma de hacer establecida y nuestro conocimiento previamente organizado no siempre escapaz de operar. Desacomodar, desterritorializar del identitario es una intención positiva en estas situaciones.

Por lo tanto, no ha sido eficiente ofertas agregadas de nuevos conceptos para que se produzca algo crítico de al revés. Ver que el límite de Yuka en el inicio de su vida después del accidente no era de conocimiento, sino de sensibilidad. Es decir, era su cuerpo sensible el que no “veía” y, por tanto, no pedía nuevos dichos. Lo que lo agita es el cuerpo sin órganos o más bien su cuerpo araña, el que lanza sus telas por el mundo a través de lo sensible en nosotros y en el enganche con lo que viene hacia él, se abre al cuerpo de órganos. Como dice Deleuze (2011), pensamos porque la vida nos plantea preguntas que nos hacen pensar y ahí producimos conceptos-herramientas en nosotros y para nosotros, indicando que “pensar” lo que ya sabemos no es producir pensamiento, es repetir enunciados discursivos sobrecodificados.

Para poder reflejar esto y tratar de producir una maquinaria que nos saca de lo establecido, o al menos nos sacude, puede facilitar nuestra desterritorialización existencial y con ello puede abrirnos a ver lo que no vemos. Puede crear nuevos sentidos en nosotros y con ellos crear nuevos mundos posibles. Donde estaba inmóvil, veo movilidad. Donde fui víctima de las condiciones de trabajo, veo mi potencia en mi trabajo vivo en acto.

En este camino, el desafío es exactamente, entonces, poner en nuevas experiencias el cuerpo sensible para que podamos lanzar intencionalmente nuestras telas sensibles y recoger nuevas afecciones, allí en el mundo del trabajo. Operar a través del acontecer del otro en nosotros y tratar de registrarlo en nuestro propio lenguaje.

Es obvio que en este ejercicio también está el reconocimiento de que en el mundo del trabajo ya nos movilizan varias afecciones no planificadas, pero en el ejercicio nos volvemos más sensibles a ellos y aprovechamos más para no ser los campeones de la uniformidad.

Un grupo, profundamente afectado por todas estas cuestiones, lleva buscando estos procesos y maquinarias desde 2003, sin embargo desde 2012 una parte de él se ha puesto a la tarea de explorar este reconocimiento de la educación permanente como un movimiento de la actuación cotidiana, buscando darle una nueva visibilidad.

En este proceso de conversación y trabajo, terminó elaborando herramientas facilitadoras para tomar por sorpresa lo establecido e inventó al menos 3 mesetas en esta maquinaria: el ejercicio del yo con el otro, el diario cartográfico del yo en una multiplicidad de expresiones y una caja de afecciones. Transformó esto en un proceso formativo para tomar por sorpresa lo establecido en nosotros y organizó un proceso junto con EducaSalud, de la UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande del Sul), en torno a

una coordinación centrada en la Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, ubicada en la UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro).

La vivencia de esta experiencia está en fase de registro y debería dar paso a una producción muy amplia. En este momento, hay miles de trabajadores de las distintas redes de servicios sanitarios públicos que están viviendo este proceso con una construcción instigadora que ya no pertenece a un grupo específico.

Pero, tal vez, una de las mejores formas de expresar lo que esta formación ha llevado a cabo es la conversación sobre la noción de investigación de la interferencia como una forma de llevar a cabo una cierta capacidad de extraer el poder del cuerpo sensible en el acontecer del mundo del trabajo, con efectos de diversos órdenes en la actuación, el ojo y el habla, extrayendo del encuentro la fuerza de esta experiencia.

(...) la investigación de interferencia, aunque tiene en común muchos o casi todos estos supuestos del análisis institucional, como la producción de analizadores etc., no tiene el supuesto de una intervención institucional. Pero, la puesta en funcionamiento de un ruido, que crea visibilidades insospechadas, que crea posibilidades de expresión y escucha (Moebus, 2014).

Explorar en todos los límites de los acontecimientos lo que el mundo del trabajo nos afecta, como escuela permanente (Silva, 1996). Colocar la experiencia como eje y recogerla como experiencia de uno mismo, con los demás. Abrirse al acontecimiento como elemento de estimulación de lo que ya hemos hecho de nosotros mismos, invitando a nuevas formas y posibilidades de actuar con nosotros mismos y con el otro, llevando a nuevas formas de conocimiento y actualización de los demás.

El mayor recuerdo que esto nos viene indicando es el reconocimiento de la producción de existencias como una Red Viva, siempre tensa entre una repetición de sí misma y una diferenciación de sí misma de forma abierta y en producción, como multiplicidad. El mayor recogimiento fue tener en cuenta en el acontecer de sí mismo a la multitud en producción que puede habitarlos a todos, y pretender algunos elementos comunes como puentes, como por ejemplo, el posicionamiento de que en el cuidado de la vida de cualquiera vale la pena, que en vez de cerrarse, se abre a todos, se inserta, una simetría de las diferencias como potencia y no como amenaza, pudiendo llevar a la acción que la producción de la vida del otro es de mi mayor interés y complicidad.

Y luego apostar que se puede actuar sobre el Colectivo de trabajadores y usuarios hacia nuevas construcciones de sí mismos, este tipo de apuesta debe implicar en las formas que hemos practicado en la construcción de políticas gubernamentales en salud.

Creo que un poco de conversación sobre el punto de la cultura y que todos gobiernan en el mundo del trabajo arroja luz sobre esta implicación de una mirada, que ve en la vida cotidiana del mundo del trabajo como una escuela, la educación permanente en movimiento y el gobierno como una forma de ser de todos los que están allí, haciendo de esto un elemento constitutivo del otro y en el otro.

En fin,

Hay que apostar por la posibilidad de tomar prestados de otros ámbitos de la política institucional regímenes de visibilidades y decibilidades, que permitan abrir nuevas ventanas en el ámbito de las distintas experiencias gubernamentales. En este sentido, nos fijamos en ciertas políticas gubernamentales en el ámbito de la cultura.

Aquí tomamos como modelo la construcción de la política de Pontos de Cultura por parte del MinC (Ministerio da Cultura) en los años del ministro Gilberto Gil (gobierno de Lula) bajo la batuta de Juca Ferreira. En estas experiencias se creó la noción de que todos hacen cultura en sus territorios existenciales junto con sus grupos de conexión y que si podemos crear una nueva forma de ver la producción cultural, si la sacamos del ámbito de lo que el mercado dice que es cultura, veremos la producción cultural en un grupo de señoras que cosen colectivamente en cualquier comunidad, o, que se reúnen para cantar o bailar. O bien, hombres y mujeres que se reúnen para crear un espacio común de relación y practicar, por ejemplo, la capoeira o las representaciones teatrales, o la poesía, o, o, o...

Empezamos a ver una producción cultural en la que no veíamos, vemos nuevas formas de hacer cultura y empezamos a cuestionar la noción de cultura como algo que sólo se produce por la acción de especialistas en espectáculos específicos - en el cine, el teatro, la televisión, la radio etc. La cultura y la producción de la vida misma, en colectivos y grupos, se convierten en algo inseparable. La observación de esto amplía nuestra forma de ver la producción de mundos y la potencia de sus diferencias.

Con esto, podemos empezar a construir la posibilidad de mirar estas producciones desde el punto de vista de las prácticas gubernamentales al afirmar que, en el ámbito de la cultura, como gobierno, quiero reconocer a quien ya lo está haciendo para apoyarlo en lo que necesite para mantenerse en sus formas con los recursos que sean necesarios, así como abren la posibilidad de conocer lo que otros también están creando, facilitando las conexiones en red y los intercambios de experiencias.

Enriquecer mi actuación a través de la experiencia de la actuación del otro. En esta política de reconocimiento y cooperación, el MinC apoyó a miles de puntos de cultura, incluso en el ámbito sanitario. Hubo grupos de radio, producidos dentro del movimiento anti-manicomial, que fueron reconocidos como Punto de Cultura, por ejemplo.

Mucho se inventó en este periodo, intensamente instituyente en el campo de la práctica cultural, con esta política. Funcionó como un dispositivo para provocar un “salir del lugar para ir a otro lugar posible”, junto con muchos grupos en varios territorios existenciales, en Brasil. Quienes pudieron seguir y participar en este proceso, durante sus primeros años de acción, saben bien lo que fue.

Como se ha señalado anteriormente, tenemos en este modelo de Puntos de Cultura la misma inspiración: reconocer y cooperar en el ámbito de la Educación Permanente que siempre está en Movimiento.

Hoy en día, hay una gran cantidad de recursos financieros gastados por los gobiernos - federal, departamental y municipal - en la formación, a través de la compra de cursos de formación, de las universidades o similares, que sabemos que no son capaces de tocar los procesos de las intervenciones en el día a día de hacer la salud. Los impactos de estas formas de aprendizaje son muy restringidos y lo sabemos desde hace mucho tiempo.

Y el desafío central que intento problematizar, aquí, en este texto, es exactamente sobre eso: cómo actuar entonces para crear nuevos sentidos en el trabajo gubernamental en el campo de la formación si lo miramos desde la perspectiva de la Educación Permanente en Movimiento.

La idea es que la realización de estos cambios pertenece al campo de acción de los distintos grupos, colectivos y gobiernos en el ámbito de la salud, si esto tiene sentido para ellos.

Referencias

- Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). **Mil platôs** – vol. 1 Capitalismo e esquizofrenia, 2ed. São Paulo: Editora 34.
- Foucault, M. (2010). **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Gomes, M. P. C., & Merhy, E. E. (Orgs). (2014). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida. 55-87.
- Gomes, M. P. C., Cipriano, R. C., Freire, J. T., Merhy, E. E., & Abrahão, A. L., Silva, E., Vianna, L., Tallemborg, C. (2014). Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental; Histórias de R-. In: Gomes, M. P. C., & Merhy, E. E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e**

barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida: 55-87.

Merhy, E. E. (2002). **Saúde: a ilosofias do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. (2015). Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, 1 (1), 07-14. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>

Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2014). **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.** Sine data. file:///C:/Users/becco_000/Downloads/RedesVivas,%20sinais%20que%20vem%20da%20rua.pdf.

Merhy, E. E. (2014). **A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde:** Uma Discussão do Modelo Assistencial e na Intervenção no seu modo de Trabalhar a Assistência. www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc.

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**. 2(2), 147-160.

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M. (2009). Novo olhar sobre as ilosofias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarin, A. C. S., Gomberg (org.). **Leituras de novas ilosofias e saúde.** São Cristóvão, Salvador: UFS e UFBA, 29-56.

Merhy, E. E. (2014). **Vista do ponto de vista, cuidado e formação em saúde.** Vídeo aula, em Campo Grande, junho de 14. <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2014/06/merhy-video-aula-em-campo-grande-junho.html>. Acesso em: 19 nov.

Moebus, R. (2014). **Apresentação em evento.** Seminário de Pesquisa do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. Setembro. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica UFRJ. Rio de Janeiro – RJ.

Silva, E. (1996). O circo sua arte e seus saberes: O circo no Brasil do final do século XIX a meados do XX: **Dissertação de mestrado** apresentada ao departamento de história do instituto de ilosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas: Universidade de Campinas.

Silva, E. (2003). As múltiplas linguagens na teatralidade circense. **Tese de doutorado.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

Yuka, M. (2014). Entrevista. **Rev Cult.** (145), 16-20.

Sobre Autores y Autoras

Emerson Elias Merhy: Médico desde 1973, sanitario desde 1976, investigador y profesor universitario desde 1978. Autor de los libros “Capitalismo y Salud Pública”, “Salud Pública como Política”, “Salud: cartografía del trabajo vivo” y “Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud”. Profesor de salud pública de la UFRJ-Campus Macaé. Correo electrónico: emerhy@gmail.com. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/1302025007008899>.

Alcindo Antônio Ferla: Graduado en medicina por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (1996) y doctorado en Educación por la misma universidad (UFRGS, 2002). Actualmente es Profesor Asociado en la UFRGS, actuando en el Programa de Posgrado en Salud Colectiva. También actúa como profesor en el Programa de Posgrado en Psicología Clínica y Social de la Universidad Federal de Pará (UFPA), como profesor en el Máster Profesional en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), como investigador visitante del Centro de Investigación Leónidas y Maria Deane de la Fundación Oswaldo Cruz/FAPEAM y como profesor en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) de Nicaragua. Líder del Grupo de Investigaciones Red Internacional de Políticas y Prácticas de Educación y Salud Colectiva (Red Intersticio). Miembro Titular de la Cámara Técnica de Investigaciones del Consejo Nacional de Salud. Coordinador de la Asociación Brasileña de la Red Unida y Editor-jefe de la Editora Rede Unida. Tiene experiencia en las áreas de Salud Colectiva y Educación, actuando principalmente en los siguientes temas: integralidad en salud, información y comunicación en salud, atención a la salud, educación permanente en salud, enseñanza y educación y salud, trabajo en salud, modelos tecnoasistenciales en salud y salud complementaria. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>.

Alexandre Ramos-Florencio: Graduado en Enfermería por la Universidad de Pernambuco (2004), Residencia en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Sergipe (2006) y Maestría en Salud

Colectiva por el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (2011). Actualmente es investigador del Grupo AGUARES de la Universidad Federal de Pelotas y del Grupo Intersticio de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Ocupa el puesto de Asesor de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS en Guatemala, tras un período de cuatro años en Nicaragua. Tiene experiencia en el área de Salud Colectiva, actuando principalmente en los siguientes temas: Política, Planificación y Gestión; Evaluación en Salud; Sistema y Servicios de Salud; Redes Integradas de Servicios de Salud; Atención Primaria, Atención Básica y Salud de la Familia; y Sistema de Información en Salud. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/9312817272020668>

Ane Milena Macêdo de Castro: Maestría del Programa de Posgrado en Enfermería - Maestría Académica, INISA/UFMS con énfasis en la Red de Atención a Personas con Discapacidad, Especialista para la Residencia Multiprofesional en Atención Continuada Integrada PREMUS-CCI/UFMS/HSJ. Estudiante de posgrado en el nivel de Especialización Lato Sensu en Estomatología en el Instituto Enseñanza israelí Albert Einstein. Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica Don Bosco.

Celia Iriart: PhD en Salud Colectiva (UNICAMP). Profesora Emérita College of Population Health, Universidad de Nuevo México. Investigadora Invitada Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. CABA, Argentina. Correo electrónico: ciriart@gmail.com

Débora Cristina Bertussi: Enfermera, Doctora en Ciencias de la Salud por la UFRJ, Posdoctorado EICOS/ UFRJ. Investigador del Observatorio de Políticas Públicas y Educación en Salud. Miembro de la Línea de Investigación Micropolíticas del Trabajo y Atención a la Salud. Facultad de Medicina - Universidad Municipal de São Caetano do Sul/Campus Bela Vista, São Paulo, SP Brasil. Correo electrónico: dbertussi@gmail.com

Jackeline Souza da Silva: Fisioterapeuta egresa de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) en el año 2014, especialista por la Residencia Multiprofesional en Atención Continuada Integrada por la UFMS en 2018, becaria y voluntaria en el Proyecto de Investigación “Análise da implementação de la red de atención de salud para Personas con discapacidad - Usuarios, trabajadores y directivos

como guías” en los años 2019, 2020 y 2021. Estudiante de maestría en el Programa de Posgrado en Salud de la Familia de la UFMS y fisioterapeuta domiciliario.

Júlio Cesar Schweickardt: Doctor en Historia de las Ciencias por la Fundación Oswaldo Cruz (2009), Maestro en Sociedad y Cultura en la Amazonia por la Universidad Federal de Amazonas (2000), graduado en Ciencias Sociales por la Universidad Federal de Amazonas (1997), graduado en Teología por la Escuela Superior de Teología (1990). Investigador del Instituto Leônidas y Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazonas, jefe del Laboratorio de Historia, Políticas Públicas y Salud en la Amazonia - LAHPSA. Líneas de Investigación en el área de Historia de la salud y de las ciencias, Antropología de la salud, Políticas Públicas de Salud, Gestión del Trabajo en Salud, Modelos Tecnoasistenciales de la Atención Básica en Salud, Territorio y Redes Vidas de Salud en la Amazonia. Currículum vitae: <http://lattes.cnpq.br/3303449364388846>

Lisiane Boer Possa: Graduada en Fisioterapia por la Universidad Federal de Santa Maria (1998). Especialista en Salud Pública (2001) por la Escuela de Salud Pública de RS y Escuela Nacional de Salud Pública (FIOCRUZ). Máster (2007) y doctora (2013) en Sociología por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS). Profesora Asociada del Departamento de Salud Colectiva en la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM). Actuó en funciones de gestión superior en la Secretaría de Estado de Salud de Rio Grande do Sul, en el Grupo Hospitalar Concepción del Ministerio de Salud - Porto Alegre/RS y en la docencia en Salud Colectiva en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS). Currículum vitae: <http://lattes.cnpq.br/0035376334365334>

Lohanna Chrystina dos Santos Antunes de Macedo: Fisioterapeuta de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Becaria (2019-2020) y voluntaria (2021) en el proyecto de investigación “Análisis de la implementación de la red asistencial de personas con discapacidad – Usuarios, trabajadores y directivos como guías”. Estudiante de posgrado en Fisioterapia en Cuidados Intensivos Neopediátricos en la Facultad Inspirar; fisioterapeuta en la UCI neonatal del Hospital General El Kadri, en la sala de pediatría del Hospital San Lucas Infantil y visitas domiciliarias.

Luciano Bezerra Gomes: Médico (2003) y especialista en Medicina Preventiva y Social (2005) por la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). Máster (2010) y Doctor (2016) por el Programa de Posgrado en Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Es Profesor del Departamento de Promoción de la Salud, del Centro de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), Profesor Permanente del Programa de Posgrado en Modelos de Decisión y Salud (PPGMDS) y del Programa de Posgrado en Salud Colectiva (PPGSC) de la UFPB. Investigador vinculado al Grupo de Investigación Micropolítica, Cuidado y Salud Colectiva de la UFRJ. Miembro de la Coordinación de la Asociación Red Unida. Miembro del Comité Gestor de la Red de Investigación en Atención Primaria de Salud de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO). Tiene experiencia en el área de Salud Colectiva, con énfasis en Atención a la Salud, Política Planificación y Gestión, Ciencias Sociales en Salud, Epidemiología, Evaluación en Salud y Educación en Salud. Además del área académica, desarrolla producción artística, habiendo publicado libros de poesía. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/2402822862588148>

Mara Lisiane de Moraes dos Santos: Fisioterapeuta. Profesor Asociado en la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Maestría en Salud Colectiva/UFMS. Doctorado en Ciencias de la Salud/UnB. Posdoctorado EICOS/UFRJ. Investigador del Observatorio de Políticas Públicas en Salud y Educación en Salud. Correo electrónico: maria.santos@ufms.br

Nathália Silva Fontana Rosa: Periodista, doctora por la Universitat Autònoma de Barcelona, miembro del Observatorio de Políticas Públicas en Salud y Educación en Salud y del colectivo Micropolítica, Trabajo y Cuidado de la Salud; e investigadora del Grup de Recerca Educativa en Ciències de la Salut (GRECS) de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona. Correo electrónico: nathalia.rosa@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim: Ingresó en 1994 en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) como Profesor Asistente de Educación en Salud, junto a la Facultad de Educación. Hoy es Profesor Titular en el área de Educación en Salud/Salud Colectiva y docente permanente del Programa de Posgrado en Educación. Creó y coordinó la Residencia Integrada Multiprofesional en Salud Mental

Colectiva de la UFRGS. Fue director de la Escuela de Salud Pública de Rio Grande do Sul y fue director del Departamento de Gestión de la Educación en Salud, en el Ministerio de Salud. Hizo Residencia Multiprofesional en Salud Mental en el Centro Integrado de Psicología (CIP/RS), cursó especialización en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), maestría en Educación por la UFRGS, siendo becaria del CNPq, doctorado en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (PUCSP), siendo becaria de la CAPES, posdoctorado en Antropología Médica por la Universitat Rovira i Virgli (URV) - Universidad Pública de Tarragona/España - y prácticas post-doctorado senior en Participación Social y Políticas Públicas en Salud por la Università degli Studi di Parma (UniPR) - Universidad Pública de Parma/Italia. Es líder de EducaSalud, Grupo de Investigación del CNPq en Educación y Enseñanza de la Salud, por medio del cual coordinó los proyectos Prospección de Modelos Tecnoasistenciales en Atención Básica, SUS Educador (Docencia en la Salud, Educación Permanente en Salud en Movimiento y Educación continuada en Salud Colectiva), Evaluación Educativa Institucional del Proyecto Caminos del Cuidado (AvaliaCaminhos), Educación en Salud de la Mujer: acogida de la gestante adolescente en la salud y en la educación, Evaluación Educativa Institucional de la Educación Permanente en Salud (AvaliaEPS) y Pedagogías del Cuerpo y Salud en el Sector de Salud Suplementario. Fue miembro titular de la Comisión Nacional de Residencia Multi/Uniprofesional en Salud (CNRMS), junto al Ministerio de Educación, por dos mandatos. Fue investigador de productividad APq, Pq 2 y Pq 1-D del CNPq, de 2006 a 2018. Actúa en las áreas de Educación y Enseñanza de la Salud, Gestión de la Educación en la Salud, Educación Permanente en Salud, Educación en Salud Mental y Prácticas Pedagógicas en Servicios de Salud. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/9247766157002480>

Teresinha Heck Weiller: Enfermera (1983) y abogada (1995) por la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul (UNIJUI). Doctora en Enfermería y Salud Pública (2008) y máster en Enfermería y Salud Pública (1998) por la Universidad de São Paulo (USP). Profesora en el curso de Graduación en Enfermería, Posgrado en Enfermería y Residencia Multiprofesional en la Universidad de Santa Maria (UFSM). Líder del Grupo de Enseñanza, Investigación y Extensión en Salud Colectiva (GEPESC). Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/0317942323754383>

Publicações Editora Rede UNIDA

Serie:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes • Ética em pesquisa • Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial • Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde • Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde • Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde • Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional • Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva • Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade • Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia • Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo • Saúde em imagens • Outros

Periodicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-054-3



9 786554 620543