

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Las prácticas de atención que supimos conseguir. Una aproximación a los programas de salud desde los escenarios de su implementación.

María Alejandra Wagner.

Cita:

María Alejandra Wagner (2009). *Las prácticas de atención que supimos conseguir. Una aproximación a los programas de salud desde los escenarios de su implementación. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1510>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Las prácticas de atención que supimos conseguir

Una aproximación a los programas de salud desde los escenarios de su implementación¹

María Alejandra Wagner
FTS (UNLP); CEGES (UNLa)

alewag@yahoo.com.ar

Introducción

El presente trabajo propone una reflexión crítica acerca del modo en que se conciben e implementan los programas sanitarios. A lo largo del mismo se intentan problematizar algunos de los supuestos que a nuestro entender constituyen comunes denominadores en varios de los programas vigentes, considerando las repercusiones que estos tienen al ponerse en tensión con sujetos, procesos y aconteceres locales.

Se intenta anudar reflexiones en base a testimonios y vivencias recogidas a lo largo de nuestra propia práctica profesional, por más de diez años ligada a la interacción con gestores y equipos en el marco de procesos de implementación y seguimiento de programas en distintos puntos del territorio bonaerense.

El trabajo ha sido organizado en tres partes: en la primera se realiza una descripción de la trama en la que se configuran los programas, considerando la inscripción de los mismos en el proceso de producción de políticas públicas; en la segunda parte se realiza una reflexión crítica acerca del papel de los sujetos que (*reconocidos o no*) co-participan del proceso de implementación y configuración

¹Estas reflexiones siguen siendo trabajadas por la autora en el marco de su participación en el proyecto “Los sistemas de salud en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población” (PICTO-FONCYT - ICO/UNGS).

efectiva de los mismos en cada territorio. Finalmente, en la tercera parte se dejan planteadas algunas consideraciones en torno a cuestiones pendientes que -sin ser inéditas- creemos siguen constituyendo un reto ineludible para quienes entendemos deseable y *posible* apostar a la incorporación de otras lógicas y dispositivos en el desarrollo de programas vigentes y por venir.

1. Husmeando en la ‘sala de partos’ de nuestros planes y programas sanitarios: *el proceso de producción de políticas públicas*

Mucho se ha escrito respecto de la complejidad del *ciclo de las políticas* (Meny y Thoenig 1992, Aguilar Villanueva 1996 y 1996a, Subirats et al 2008). Diversos estudiosos se han hundido en las arenas de este campo tratando de describir, desentrañar y comprender algunos de los factores que se conjugan a la hora de que una cuestión cobre peso en la agenda pública y logre constituirse en *asunto de gobierno*. Esas circunstancias en las que los actores sociales puján por enunciados, recortes y cosmovisiones que irán tamizando problemas propios y ajenos. Instancias en que demandas y reclamos serán sometidos a los avatares de la historia, traducidos en idiomas y dialectos, una y otra vez llenados (y *vaciados!*) de sentidos casi tan diversos como contradictorios.

Acontecimientos, juicios, prejuicios, titulares, denuncias, datos ‘objetivos’, tendencias, especialistas, funcionarios y damnificados se disputarán atención en la escena pública. Llevará algún tiempo vislumbrar los trazos de esa configuración -*más o menos*- definitiva del problema social que será transformado en objeto de intervención², y constituirá luego la categoría de ‘eje central’ de un plan o programa gubernamental.

Poco a poco la maquinaria burocrática del estado se echará a andar, o -*para ser más precisos*-, cobrará nuevos impulsos para continuar su marcha. Por propia especificidad, *sentido de la oportunidad* o simple mandato, algún área o sector del ejecutivo tomará cartas en el asunto, y con algo de suerte muy pronto serán presentados en sociedad toda una gama de recursos puestos en juego para hacer frente a la cuestión (organizativos, técnicos, materiales, monetarios...bien intencionados y *de los otros*; innovadores, más de lo mismo; adecuados y *de los otros*; e infaliblemente ¡*escasos!*).

Según la complejidad del tema llegará a conformarse alguna mesa de expertos, al mismo tiempo que funcionarios y técnicos saldrán al ruedo con una batería de cuadernillos, slogans e insumos. En casi todas las jurisdicciones se organizarán reuniones de ‘mesa chica’, algún evento masivo y una serie de talleres de capacitación regionales orientados a lanzar la propuesta e instruir a los equipos acerca del asunto. Serán comunicados los criterios de accesibilidad, tipos de cobertura, circulará un nuevo formulario a llenar y muy posiblemente se prescriba un flujograma o símil dispositivo con prácticas

² Configuración nunca *enteramente* cristalizada, a decir de Lorenc Valcarce (2005)

y procedimientos normatizados para la ocasión (la mayoría de las veces tomado de experiencias del tratamiento del tema en *otras* latitudes) ³.

Esta puesta en escena puede incorporar o no alguna actividad especialmente dirigida a la población destinataria de las intervenciones, variando contenidos y alcances según la coyuntura (presencia o no de máximas autoridades de la cartera implicada, agenda política-electoral, grado de masificación de la percepción del problema atendido en la sociedad, etc.).

El ejercicio de tratar de situarnos en el recorrido que suelen transitar la mayoría de los programas sociales, pretende inscribir esta secuencia en aquello que los estudiosos del campo definen como el *proceso de producción de políticas públicas* (PPPP)⁴. Cabe aclarar que no se pretende aquí homologar los conceptos de programa y de políticas, sino considerar que no vemos posible comprender el uno sin el otro. Ambos se interrelacionan permanentemente, el programa en su puesta en acto se torna la dimensión más tangible de la concepción del problema y los modos de explicarlo que efectivamente subyacen o han prevalecido en las discusiones propias de las arenas de la política que lo contiene (Lorenc Valcarce 2005, Chiara y De Virgilio 2009).

A la vez, el programa en su devenir va interpelando a la política y sus supuestos: echando por tierra algunas de sus hipótesis, poniendo en evidencia aspectos no contemplados, develando contradicciones, aportando matices, denunciando ‘vacíos’.

Un aspecto que suele aparecer naturalizado o invisibilizado en la configuración de los programas es la cuestión del poder. A través de sus *glosarios*, líneas de acción preponderantes, alianzas y recursos en juego, los programas van explicitando y contribuyendo a construir y/o perpetuar una determinada noción y distribución del poder dentro del sector (qué lógicas prevalecen o se refuerzan, qué modelos y prácticas se validan, qué recursos se asignan y de dónde provienen, qué papel se atribuye a cada disciplina, qué rol se reserva a los destinatarios/usuarios, etc.).

Adentrándonos en la típica definición de programa⁵ vemos que algunos autores tienden a resaltar que la limitación del alcance del mismo, así como la rigidez de procedimientos administrativos que supone su marco operativo, serían aspectos especialmente concebidos para redundar en mayor eficacia (Testa 1995). Sin embargo, estos planteos y consideraciones rara vez trascienden el plano de la ‘teoría’, al menos desde las reflexiones que nos deja la propia experiencia.

³ Comparto la reflexión de Spinelli cuando refiere a la frecuencia con la que actores hegemónicos del campo sanitario realizan extrapolaciones acrílicas de enfoques, experiencias y dispositivos (Spinelli, 2008).

⁴ Se adopta aquí la noción de políticas públicas de Aguilar Villanueva “*la política pública no es una gran decisión instantánea en la cúspide del estado, sino un proceso, una serie compleja de decisiones, en la que se entremezclan las iniciativas de las organizaciones sociales y las de las instancias gubernamentales*” (1996: 8).

⁵ A decir de Testa, un programa supone “*un ordenamiento de recursos que tienen un destino específico, con un objetivo prefijado y bajo una conducción normativa*” (1995: 74).

En oportunidad de realizar un somero paneo por los documentos formales de varios de los programas sanitarios vigentes en la Provincia de Buenos Aires en el transcurso del 2006, pudimos observar que no necesariamente las convenciones conceptuales se respetan. A veces el recorte y comprensión del problema de salud al cual un determinado programa pretende dar respuesta (atenuar, atender, revertir), no siempre aparece muy preciso en los enunciados. No necesariamente existe nexo coherente entre lo que se dice que sucede y aquello que ‘se pretende hacer’ para modificar tal situación desde objetivos y acciones sustantivas del programa (sin entrar en mayores detalles respecto de las simplificaciones y/o debilidades que muchos de ellos evidencian al momento de ‘explicar’ la ocurrencia del problema que pretenden abordar).

Asimismo, la supuesta ‘transitoriedad’ de programas no resulta del todo compatible con la inercia que caracteriza las estructuras burocráticas de nuestras organizaciones públicas, razón por la cual la mayoría de los que se crean suelen ser tomados – *aunque nunca se diga abiertamente* - como instancias perdurables. Se trata de un acuerdo tácito que ayuda a comprender luego todo el despliegue de estrategias y subterfugios que los propios actores del programa (en el nivel que sea) comienzan a desarrollar en pos de extenderlo y/o cristalizarlo en el tiempo. Más allá de atender si existe eficacia demostrada sobre las acciones realizadas, o incluso desoyendo la contundencia que suelen cobrar los hechos cuando los problemas que les dieron origen suelen describir cambios o mutaciones propias de su transcurrir histórico (sea porque se atenúan, sea porque se diversifican o truecan hacia otras formas de expresión que exigen *otras* respuestas y abordajes).

Sumando últimas notas de color al análisis, cuando se trata de programas que cuentan con financiamiento externo (es decir, instalados en agenda sectorial por organismos como Banco Mundial, BID, etc.), suele pasar además que tanto los equipos que se constituyen a partir de los mismos así como la logística o modalidades de trabajo específicas que implementan, suelen cobrar autonomía respecto a la máquina organizacional en la que estas iniciativas se insertan⁶. Esto genera, por un lado cierta cuota de conflictividad en la convivencia con el ‘elenco estable’ de las organizaciones (en parte por competencia y/o superposiciones con áreas que históricamente se abocan a cuestiones afines a las del nuevo programa⁷); y por otro, tensiones entre las múltiples líneas de autoridad que se disputan injerencia en el mismo (lo cual obviamente repercute directamente en la asignación oportuna y el uso adecuado de los recursos disponibles)⁷.

⁶ Ni que hablar si aludimos a los *procesos pre-existentes o co-existentes* para el abordaje de problemas idénticos o afines.

⁷ Con esto refiero a casos en que un programa de nivel provincial, recibe financiamiento, directrices y supervisiones de algún organismo internacional; más las normativas del nivel nacional; más las concesiones que exige la máxima autoridad inmediata provincial; más las presiones que se juegan en el orden regional y local, a la hora de definir territorios beneficiados o decidir distribución de recursos disponibles. El PROMIN, más allá de haber finalizado, podría ser tomado como un ejemplo emblemático en esta línea de análisis. Los roces y tensiones entre PROMIN y PMI

2. Abriendo la ‘caja negra’ de la población objetivo (...esos sujetos insujetable!)

Cuando los programas refieren a la población que constituirá su foco de intervención, es curioso observar en los documentos el acopio de estereotipos y reduccionismos que se suceden una y otra vez, con escasas o nulas ‘huellas’ de problematización (ni enunciativa ni operativa). Pareciera como si toda el agua corrida bajo el puente desde las ciencias sociales, ese vasto acopio de investigaciones realizadas en relación a los componentes subjetivos que caracterizan el modo de percibir, operar y vivenciar los padecimientos no hubiera hecho mella significativa en los diseños de programas sanitarios. De todos modos, no es una sorpresa para quienes nos movemos en estos espacios que el desarrollo de saberes formalizados no deviene necesariamente en revisión de *inercias*. Del mismo modo que muchas de las prácticas instituyentes que los propios servicios van generando al calor de las situaciones cotidianas no encuentran aun dispositivos de evaluación que efectivamente constituyan todo ese caudal disponible en favor de una retroalimentación de procesos y/o acopio de pistas más claras para orientar sucesivas propuestas.

Si uno observa los programas, puede rápidamente identificar que la realidad a la que aluden los diseños es en la mayoría de los casos *inerte*, cristalizada, estática (la versión más normativa de hechos, personas y circunstancias). Un modo de contar que tiende a amputar la historicidad de sujetos y prácticas, reducirlos a ‘datos’; lecturas que parecen atribuir escasa o nula importancia a la lógica procesual de los acontecimientos y sus múltiples posibilidades de manifestación *situada*.

Así las cosas, si se trata de un programa orientado a LAS embarazadas, los anuncios y documentos llevan a inferir que existe un único modo (*¿universal?*) de ser/estar embarazada a lo largo y ancho del territorio. Serán entonces un detalle nimio o una obviedad detenerse a analizar si se trata de mujeres que crecieron en paisajes rurales o urbanos; si han transcurrido su vida cotidiana en zonas con mayor o menor concentración de pobreza; si pertenecen a una familia o redes de población migrante; si se desenvuelven en contextos en que las cuestiones de género constituyen en campo de tensiones que refuerza asimetrías y violencias; si son parte de un colectivo territorial con mayor o menor memoria y ejercicio de prácticas resilientes.

Con algo de suerte en algunos una somera referencia respecto del margen de elección y autonomía que puedan haber tenido estas mujeres para estar en situación de embarazo; qué representaciones acerca de la maternidad circulan en el contexto en el que se desenvuelven (pareja y/o grupo conviviente, grupos religiosos o redes de sostén más próximas, servicios de salud a los acuden, ámbito laboral, etc.); o alguna mención acerca de la maternidad en poblaciones que viven en

coexistiendo (*¿compitiendo?*) en el ministerio provincial, ambos abocados a misma población objetivo, también podrían aportar matices a esta reflexión.

situación de pobreza, contribuyendo más de una vez -no necesariamente con deliberada intención- a alimentar ese círculo nada virtuoso de simplificaciones y estereotipos⁸.

La mayoría de las veces sí aparecen expresamente desarrolladas las particularidades que imprimirán a la cuestión el tema de la edad, el número de hijos, el nivel de instrucción (consolidando esa lista eterna de estigmas que no cesan de reproducirse: ‘madre-adolescente’, ‘madre-añosa’; ‘madre-analfabeta’, etc.). Lo curioso – *quizá no tanto* – es que justamente las cuestiones que se ponen en especial relieve en toda esa compleja trama de situaciones y diversidades, son aquellas que alertan el radar del sistema de salud en términos de ‘amenazas’⁹. Esas mismas características que serán luego asociadas a eventos tales como partos distócicos, recién nacidos con bajo peso o muertes infantiles en todas sus variantes.

Es posible que estas reflexiones preliminares ayuden a comprender un poco mejor de qué supuestos creemos se han ido nutriendo los discursos y prácticas que se siguen afianzando en el desarrollo de los programas sanitarios (aunque no son exclusivos de ellos). Matrices que propician o refuerzan determinados modos de entender y abordar la realidad desde una noción de la misma que obstruye el entendimiento de realidades múltiples (Matus 2007).

Antes de explayarnos un poco más al respecto, creemos oportuno aclarar que de ningún modo se está aludiendo a estas cuestiones cual fatalidades a las que estamos irremediamente condenados quienes participamos de los procesos de ese más o menos acompasado binomio de diseño e implementación de programas. A pesar de nosotros mismos, los seres humanos tenemos una enorme imprevisibilidad y creatividad en nuestros modos de transitar el *juego social*, y entonces las perspectivas y posibilidades son siempre tanto más ricas e irreductibles.

Los sujetos, grupos, usuarios/as, destinatarios/as de prestaciones o beneficios de un programa, no son ‘*solo pensados*’, *hablados*, *pacientes*, *pasivos*. No son ‘todo- carencia’, todo embarazo, todo enfermedad, enteramente receptores ni *receptáculos*.

Con voces más o menos fuertes, con acciones u omisiones deliberadas, con una interminable sucesión de complicidades y picardías, los sujetos frente a los que pretenden/presumen monologar varios de los programas existentes, no cesan de resistirse a esa suerte de *no-lugar* que les asignan las propuestas. Oídos sordos a ciertas indicaciones; olvidos de alguna prescripción; manifestaciones de ‘no adherencia’ al tratamiento; informaciones y criterios alopáticos re-leídos o traducidos al calor de saberes alternativos; falseamiento de información o -para ser más precisos- unas cuantas dosis de ‘le

⁸ *Separación de universos*, en palabras de R. Castel: el de las familias cuyas historias llegan a los servicios sociales y ‘de las otras’ (1986)

⁹ Situaciones de las que hay que **cuidar-se** (control sobre personas más que problemáticas, diría Berlinguer)

digo lo que espera que diga' en el marco de consultas u otros espacios pseudo-interactivos¹⁰, son sólo una muestra de un cúmulo inagotable de curiosas y creativas estrategias populares.

No se desconoce aquí que algunos de esos atajos o pequeñas revoluciones cotidianas de los sujetos que tantas veces se busca *sujetar* (*¿neo-colonizar?*) desde nuestros programas, tienen sus costos o complicaciones adicionales; sin embargo sabemos que en general son los mismos que padecen las consecuencias de esos actos cuando algo no sale bien. Por otra parte, nadie que haya participado en procesos de implementación podría decir que esas mismas personas estarían 'exentas' de complicaciones si siguieran a rajatabla la terapéutica que se indica en el marco de un programa, no sólo por las particularidades que presenta el *proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado* en cada grupo-contexto¹¹, sino también porque no siempre el mismo sistema es condescendiente con las acciones que impulsa, y entonces ocurre que interrumpe la entrega de medicación o insumo; dilata el inicio o continuidad de un tratamiento por demoras en estudios complementarios o interconsultas (dado falta de turnos en el segundo nivel de atención, disputas entre especialidades y niveles, cambios de gestión, etc.); o cualquiera de las insólitas variantes y distorsiones cotidianas que sería absolutamente hipócrita reducir a 'malos usos' o 'errores de interpretación' atribuibles a los trabajadores de salud y/o a la población vinculada al programa.

3. Algunos apuntes para potenciar procesos de co-gestación de programas

Para quienes nos hemos desempeñado en instancias regionales o provinciales es común ver que un mismo programa puede remitirnos a situaciones y desarrollos muy diversos según el territorio que se trate. *¿Por qué un mismo programa cobra un despliegue trascendente en unos municipios y brilla por su ausencia en otros? ¿Por qué algunos crecen en cobertura y menú prestacional, interpelando constantemente a los niveles inmediatos* (dado el 'despabilamiento' de necesidades/derechos); *mientras que otros reciben lo que llega sin miramientos y no logran siquiera captar el piso mínimo de la cobertura esperada?* *¿Qué factores se conjugan para tejer ese puente movedizo que liga propuestas y necesidades?* (y viceversa) *¿Qué atención se da a esos procesos que ponen en diálogo a programas y sujetos efectiva o potencialmente involucrados e involucrables?* (funcionarios, equipos locales, beneficiarias/os)

Desandar estas preguntas entre tantas otras nos lleva a pensar algunas cuestiones que creemos pueden servir para seguir pensando de qué se habla cuando se habla de desencadenar procesos de

¹⁰Se alude aquí a las actividades presentadas como de *educación para la salud* o de *capacitación comunitaria*. Bajo el gran 'paraguas' que ha ofrecido la trillada noción de *taller*, observamos muchas propuestas que no dejan de reproducir o llevar a otros contextos actitudes y prácticas prescriptivas, absolutamente acotadas al tratamiento de los temas desde la lógica del 'deber ser'.

¹¹Eduardo Menéndez, entre otros autores que se inscriben en su misma línea, ha desarrollado una vasta producción teórica referida a la vivencia de los padecimientos por parte de sujetos y grupos sociales, así como particularidades que presenta el PSEAC en cada espacio/tiempo.

co-gestión de programas sanitarios, entendiendo el interjuego de actores como un aspecto a explorar y capitalizar, entre otros:

a) Mal que pese a ciertos funcionarios y expertos, el espectáculo no empieza cuando un programa llega. Generalmente los equipos y poblaciones van conviviendo con las problemáticas que ponen en agenda los programas¹². Se van construyendo explicaciones y estrategias para atender el problema; redes, representaciones, saberes y prácticas que acompañan estos procesos. Esos andamiajes pre-configurados, muchas veces confundidos con ‘resistencias’ locales, no se desactivan instantáneamente cuando un programa aparece en escena con una posición tomada frente al problema y su tratamiento (ni debiera bregarse por ello *per se*).

Los modos en que los equipos y afectados van estableciendo acuerdos y procedimientos a partir de la ocurrencia de situaciones concretas, encierran un auténtico potencial para la retroalimentación del proceso de diseño e implementación del programa. En este ejercicio, puede que se identifiquen intervenciones poco eficaces o contraindicadas, sobre las cuáles no se podrá avanzar sin desandar razones y vivencias que sustentaron tales construcciones previas; pero puede ocurrir también -y de hecho lo hemos captado en varias oportunidades-, que cuando los equipos y afectados se asocian acompasadamente llegan a desarrollar estrategias y formas de abordaje de la problemática que redoblan en creatividad y pertinencia a la propuesta oficial (más allá de que no se trate de modalidades que se puedan traspolar mecánicamente a todos los territorios, pero precisamente en ello reside su riqueza y grado de adecuación).

b) Con respecto a los procesos de gestión, los programas suelen erigir sus propuestas e iniciativas dando por saldadas las condiciones de base para su inscripción en cada territorio. Es así como se plantea la realización de estudios complementarios o derivaciones como parte del proceso asistencial del un programa, sin contemplar o asumir falencias *endémicas* del sistema de salud provincial/local en lo que refiere a relación entre servicios y/o especialidades; ausencia de ciertos perfiles profesionales en los equipos de primer nivel; horarios reducidos de atención; etc. Asimismo, se fijan desarrollos de agendas de implementación concebidas unilateralmente, dando por sentado –o *pretendiendo que así sea*- que quienes asumen esas actividades tendrán esa sola responsabilidad a su cargo o entendiendo que lo que se viene a proponer es algo ansiosamente esperado o efectivamente reconocido como prioritario en las agendas locales.

c) Por otra parte, los programas instalan nuevas líneas de acción, circuitos asistenciales y provisión de insumos/medicamentos que poco a poco van reemplazando a los que hacían frente al

¹²Pensemos que frente a problemáticas sociales más invisibilizadas, los procesos de inclusión en agenda pública pueden demorar muchísimo tiempo.

problema antes, de manera más o menos rudimentaria. Esto, que en sí mismo no es negativo si el municipio reorienta esos esfuerzos en invertir en recursos complementarios o en abordar otras problemáticas sociales emergentes, puede llegar a tomarse tal si se piensa que los procesos de implementación suponen un final cerrado y afianzado en certidumbres. Ocurren efectos lapidarios cuando no se estiman o negocian estrategias alternativas para aquellos momentos o circunstancias que no se controlarán (interrupción de suministro de medicación; dilación o interrupción de pago de horas extras a personal transitorio/de refuerzo; conflictos macro en la relación provincia/municipio o entre municipios vecinos asociados; etc.). En este sentido, cuando se produce un vacío, los equipos locales y los propios afectados son quienes se enfrentan a la urgencia de ‘amortiguar’ la situación (y rara vez podrán apelar al viejo andamiaje desmontado, porque las condiciones y actores que le dieron origen ya no son los mismos!).

Entiendo que reconocer estas situaciones, entre tantas otras que exceden las posibilidades de desarrollo del presente documento, exige pensar que cada vez que aparece la posibilidad de concebir y echar a andar un programa hay mucho más en juego que lo que aparece rápidamente visible desde la perspectiva de quienes lideran la puesta en marcha el proceso.

Además de todo eso que sobrevuela los escenarios en los que se *cocinan* los programas, existen otras múltiples e inagotablemente diversas perspectivas y expectativas que no debieran amputarse del proceso. Sujetos, territorios, trayectorias y potencialidades que –participados o no del convite-, estarán interpelando permanentemente al programa y a las prácticas que el mismo propone.

Es necesario que los programas jerarquicen la constitución de dispositivos capaces de interpretar - *¡no asfixiar!*- la vitalidad de los procesos sociales en los que los mismos transcurren. Modelos comunicacionales que transiten y tiendan puentes en lugar de anularlos, que propicien instancias dialógicas con realidades y sujetos diversos. Enfoques de evaluación y reflexión sobre la acción como aspectos constitutivos de la práctica cotidiana; acumulaciones, improntas y tendencias esencialmente heterogéneas e irreductibles aceptadas y ‘captadas’ como oportunidades de *aprender a aprender*.

Aspiro, *¿por qué no?*, a programas sanitarios que asuman entre sus prácticas sustantivas a aquellas que contribuyan a desencadenar procesos colectivos capaces de producir ESAS condiciones que hagan progresivamente ‘prescindible’ la presencia específica de los mismos en cada territorio.

Bibliografía

- **Aguilar Villanueva L.** (1996) “Estudio Introdutorio”. En: *La hechura de las políticas*. Méjico: Grupo Editor Miguel Ángel Porrúa, segunda ed.
 - (1996) “Estudio Introdutorio”. En: *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Méjico: Grupo Editor Miguel Ángel Porrúa, segunda ed.
- **Berlinguer G.** (2007) *La Enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- **Castel R.** (1986) *La Gestión de los Riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- **Chiara M y Di Virgilio M.** (2009) “Conceptualizando la gestión social” en: *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento y Prometeo Libros..
- **Foucault M** (1998) *Microfísica del poder*, Madrid: Ed. La Piqueta
- **Lorenc Valcarce F.** (2005) “La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política” En: *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, vol.12 nro.2.
- **Menéndez E.** (2004) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en: Spinelli H (comp.) *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- **Meny I. y Thoening J.** (1992) *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel.
- **Matus C.** (2007) “El Actor en situación. Explicación y realidad” En: *Teoría del Juego social*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.
- **Testa M** (1995) *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- **Spinelli H** (2008) “Más allá de la cantidad y del objetivo: la evaluación como parte de las microprácticas de trabajo”. En: Onocko, R (comp) *Avaliação em Saúde Mental: participação, interveção e produção de narratividade*. San Pablo, Editora Hucitec.
- **Subirats J. et al** (2008) *Análisis y gestión de las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.