



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús
Argentina

Spinelli, Hugo

Las dimensiones del campo de la salud en Argentina

Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 275-293

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las dimensiones del campo de la salud en Argentina

The dimensions of the health field in Argentina

Spinelli Hugo¹

¹Doctor en Salud Colectiva.
Director de la Maestría en
Epidemiología, Gestión y
Políticas de Salud. Universidad
Nacional de Lanús (UNLa),
Argentina.
hugospinelli09@gmail.com

RESUMEN En este texto se desarrolla la configuración del campo de la salud, sus agentes y los capitales en juego, así como los perfiles epidemiológicos y los problemas y desafíos que enfrentan los trabajadores, los gestores y los gobernantes. También nos interrogamos sobre la existencia de políticas o metapolíticas, señalando el carácter normativo de las políticas que llevan a la ausencia de pensamiento sobre las mismas por parte de los actores/agentes y de los usuarios, y por ende a reafirmar la razón instrumental. Al final, y con el propósito de explorar nuevas formas organizativas para el campo, se abordan los territorios de las metapolíticas a través del análisis del trabajo, la organización, la gestión y el gobierno como dimensiones a ser pensadas, de manera de posibilitar acciones destinadas a configurar nuevos actores y/o estructuras, más allá de "las políticas". El propósito que se persigue es el de poder pensar la situación actual del campo de la salud, contextualizado en el Sur, en función de acciones emancipadoras.

PALABRAS CLAVE Sistemas de Salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud; Trabajo; Organización y Administración; Gestión; Gobierno; Argentina.

ABSTRACT This text explores the composition of the health field, its agents and the capitals at play, as well as epidemiological profiles and problems and challenges facing workers, administrators, and government officials. We also look into the existence of policies and metapolicies, highlighting the normative character of policies that impede critical reflections by actor-agents and patients and thereby reaffirm an instrumental rationalism. Finally, and with the purpose of exploring new organizational forms in the field, we investigate the terrain of metapolicies through an analysis of the work, the organization, the administration, and the government as possible dimensions through which to enable the creation of new actors and/or structures, irrespective of the actual "policies". The overall aim of the text is to consider the current situation in the health field, in the context of the South, in relation to possible emancipatory actions.

KEY WORDS Health Systems; Health Policy, Planning and Management; Work; Organization and Administration; Management; Government; Argentina.

¿SISTEMA O CAMPO?

El muy utilizado concepto "sistema de salud" expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo. Es por ello que en este texto trabajaremos el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (1).

Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima) (1). De allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior.

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbistas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales (1,2). Estas acciones siempre están ligadas a intereses no siempre racionales ni reflexivos. Todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez estructuradas por ellos, de acuerdo a sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas (1).

El campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países–, se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

El capital económico en juego en el campo de la salud alcanza en nuestro país un 10% del producto bruto interno (b) (3). En valores nominales ello significa hablar –a mediados del año 2010– de un monto superior a los 30.000 millones de dólares anuales. Ese gasto en salud, –así mal llamado dado que en un muy alto porcentaje se destina a enfermedad–, engloba desde la financiación de acciones necesarias como iatrogénicas, hasta un gasto en medicamentos cercano al 30% del monto total. Esos medicamentos no siempre representan la mejor opción, o no tienen los procesos de control de calidad adecuados, o directamente son falsificados. El nivel del gasto en salud de Argentina no se condice con los indicadores de salud a nivel poblacional. Varios países de América Latina obtienen mejores indicadores de salud para sus poblaciones, con menor gasto. La propuesta de "Más salud por el mismo dinero" (4), no se cumplió.

Los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo. El vasto espectro de prestaciones que se ofrecen –muchas de ellas banales– producen un abanico de rentabilidades que ha empujado a los agentes interesados en el capital económico a concentrarse en las prestaciones de alta rentabilidad y en las poblaciones sanas con poder de pago de seguros médicos (c).

A su vez, las irracionalidades de algunos modelos de atención inviabilizan su universalización a causa de sus costos. En estas dinámicas, los sectores de bajos ingresos y/o sin cobertura de la seguridad social quedan a cargo del

Estado (nacional, provincial y/o municipal), ya sea a través de los hospitales o del primer nivel de atención, que la mayoría de las veces solo pueden otorgar una medicina para pobres que se oculta bajo la "progresista" denominación de "Atención Primaria de la Salud" cuando no pocas veces en realidad se trata de una "Atención Primitiva de la Salud" (5).

La fuerte presencia del capital económico en el interior del campo determina mecanismos de solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado. Las capacidades de pago, los costos de las prestaciones y las tasas de uso de las poblaciones llevan a los prestadores de capital concentrado a desarrollar estrategias para no comprometerse con las poblaciones sin capacidades de compra de seguros, como también a desligarse de las poblaciones que requieren prestaciones de alto costo o padecen enfermedades o problemas crónicos. Ambas situaciones quedan entonces bajo responsabilidad del Estado nacional, provincial o municipal. Son esas jurisdicciones las que cumplen el rol de financiador y prestador de los que carecen de capacidades de compra y/o presentan enfermedades que requieren un gasto elevado para su atención. Pero en el caso de algunas patologías de alto costo (hemodiálisis, discapacidad, internación psiquiátrica, internación geriátrica, medicaciones de alto valor económico, y/o trasplantes por citar los más importantes), el Estado cumple solo el rol de financiador, ya que la prestación es capturada por distintos agentes posicionados en esos nichos de alta rentabilidad. Veamos algunos ejemplos. En Argentina hay aproximadamente 25.000 pacientes en diálisis, y más del 95% es tratado por prestadores privados, pero el 90% es financiado con fondos públicos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), el Programa Federal de Salud (PROFE) u obras sociales provinciales (6). Estamos hablando de un negocio que ronda los 50 millones de dólares mensuales.

Analicemos ahora el tema de las prestaciones de discapacidad. En el año 2003, en Argentina, sobre un total de 1.039.628 de personas con discapacidad, solo el 2% recibía cobertura, es decir, solo 19.613 personas. La cobertura que debe recibir un discapacitado

está comprendida en distintos instrumentos jurídicos, elaborados con fuerte participación de los entes prestadores, donde la Iglesia Católica a través del Cottolengo Don Orione tiene una muy fuerte presencia. De este modo se consiguió normatizar los procesos de atención y la estructura del valor económico de la prestación en el PAMI. Esta lógica se utiliza desde hace décadas como "norma nacional". Extender ese modelo de atención, con sus valores económicos, a la totalidad de la población discapacitada sin atención en el año 2003, le hubiese demandado al Estado nacional un gasto de \$ 13.985.076.590 (d) equivalente al presupuesto anual de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) –el mayor presupuesto público nacional– o casi 6 veces superior al presupuesto total del INSSJP-PAMI (e).

En la dinámica señalada, el campo de la salud aparece como inviable a mediano plazo –al menos desde lo económico– y su viabilidad solo podría asegurarse sobre la base de mayores desigualdades y una progresiva exclusión de numerosos grupos sociales del acceso a la atención, configurando un escenario donde se podrá asistir progresivamente a una medicina para ricos, otra para pobres y a un porcentaje importante de la sociedad fuera de toda cobertura de salud. Es indudable que todo esto no es una buena noticia para aquellos que necesitan de un Estado que marque presencia frente a sus problemas de salud.

HUELLAS DEL CAMPO: LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS

Desde el canto de sirenas de la Alianza para el Progreso, allá por los inicios de los '60, se instaló el concepto de transición epidemiológica (8), cuya base conceptual es la idea de progreso. Así se planteó el paso de las viejas enfermedades (las de origen infeccioso, "propias" de los países menos desarrollados) a las nuevas enfermedades (las crónico-degenerativas: cardiovasculares, diabetes, cánceres, "propias" de los países más desarrollados). La realidad terminó por desmentir tal transición. Hoy convivimos con verdaderos mosaicos epidemiológicos, donde según el espacio social que se analice, vamos a encontrar perfiles propios

del primer o tercer mundo, en una misma provincia, en una misma ciudad, en un mismo barrio o en una misma manzana.

El perfil epidemiológico de las poblaciones es un producto de la huella de la historia del campo (1), pero no solo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales, y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementar su capital, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el PSEA. Esa dinámica explica no pocos de los perfiles epidemiológicos existentes.

En la Argentina de este nuevo siglo podemos encontrar las "viejas enfermedades" con renovada vigencia. La leishmaniasis presenta una situación endémica en varias provincias del norte argentino –de 300 a 500 enfermos anuales–, con algunos casos fatales de leishmaniasis visceral. La tuberculosis está en todo el país, y deja todos los años un promedio de 11.000 nuevos enfermos y de 800 a 900 muertes. La enfermedad de Chagas –principal enfermedad endémica– con casi dos millones de infectados y 500 muertes anuales, no muestra señales del impacto de los más de 650 millones de dólares invertidos en el control de la enfermedad entre los años 1960 y 2000 (9). Tampoco es menor el problema de la sífilis congénita cuyos números son tan preocupantes como el subregistro por parte de los sistemas de información epidemiológicos.

Todas estas "enfermedades" nos hablan de una Argentina de otro siglo. Y no son temas del pasado, tienen actualidad y presencia en los conjuntos sociales. Hay personas que a diario enferman o mueren por estas causas. Pero el tratamiento de esas enfermedades no representan ganancias significativas ni para la industria farmacéutica ni para los dueños de clínicas y sanatorios. Esos tratamientos están representados por los llamados "medicamentos huérfanos" denominación que reciben al no ser rentables y por lo tanto no se los oferta en el mercado o su producción es discontinua.

Se pensó que esos perfiles epidemiológicos serían cosa del pasado, pero no fue así, una vez más fracasó el plan y el desarrollo prometido no fue tal, los agentes jugaron otro juego. La

vigencia de esas enfermedades no se debe a la ausencia de conocimientos para controlarlas y erradicarlas sino a que afectan a individuos sin acceso a la ciudadanía, y que por lo tanto no tienen capacidades de colocar sus problemas en la agenda del Estado. A lo sumo alcanzan la dimensión de números para las estadísticas, o de votos para las elecciones.

Pero no se trata solo de enfermedades, sino de problemas sociales. Tratar de asociar la solución de los mismos con la medicina no sería más que un éxito del proceso de medicalización descrito por Michel Foucault (10). Los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales tienen raíces causales en: las desigualdades sociales; la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumimos; la falta de acceso a niveles básicos de educación, al agua potable y obras de saneamiento básico; la ausencia de una vivienda digna; la carencia de empleo o empleos precarizados. Las promesas "del derrame" que se realizan desde los '60 no se concretan. Los niveles de pobreza y exclusión social vigentes así lo demuestran. La vieja advertencia de Johan Peter Frank (1745-1821) –uno de los padres de la medicina social– mantiene total vigencia: "la miseria del pueblo es la madre de todas las enfermedades" (11).

¿POLÍTICAS O METAPOLÍTICAS?

De acuerdo a la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial, y por lo tanto el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población. Estos conceptos expresan la legalidad existente. Pero la ausencia de ciudadanía –por parte de numerosos sectores sociales– expresa los límites de esa legalidad. Las huellas del campo (12) no se relacionan con la falta de planes producto de esa legalidad, sino con la falta de actores/agentes, capaces de representar y actuar –en función de otros intereses– para poder hacer cumplir y alcanzar esa legalidad. Estamos hablando de actores/agentes en relación directa con los problemas, y no siempre de sus representantes.

Esos nuevos actores/agentes deberían poder colocar en la agenda de discusión a la tuberculosis, la leishmaniasis, el mal de Chagas o los problemas y desigualdades propias de la estructuración del campo en el acceso, la cobertura prestacional y las condiciones de vida.

El campo de la salud en Argentina ha experimentado múltiples intentos de reforma desde 1946 al crearse el Ministerio de Salud con Ramón Carrillo como su primer ministro. Los procesos de extensión de cobertura iniciados desde ese ministerio con la duplicación de la cantidad de camas hospitalarias en el país y éxitos, como por ejemplo, el control y la cuasi erradicación del paludismo; la experiencia en los '70 de un Sistema Nacional Integrado de Salud; o el intento de un Seguro Nacional de Salud en los inicios de la democracia en los '80, son algunas de las referencias que se podrían tomar para señalar los esfuerzos por darle "racionalidad al campo".

Nuestro país se distingue, en América Latina, por una extensa oferta asistencial (con un sofisticado desarrollo tecnológico en la prestación de servicios de alta complejidad), una elevada capacidad técnica y un alto nivel de gasto. Esa caracterización se sostiene en el marco de una profunda heterogeneidad que expresa las desigualdades existentes entre diferentes provincias como entre municipios y al interior de estos, ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, la cobertura prestacional, los marcos de regulación, las capacidades institucionales y/o el nivel de gasto.

En esos contextos se enuncian políticas, programas y/o propuestas estructuradas en base al "debe ser" (concebidas con lógicas de soluciones y no de análisis de problemas). Se repiten así los mismos errores de la Planificación Normativa de la década de los '60. Esas políticas enunciadas como grandes soluciones se caracterizan por un claro exceso de significantes. Así la defensa del hospital público, la atención primaria de la salud, el médico de familia, la prevención y promoción de la salud, la participación, los seguros de salud públicos, las necesidades de regulación, la lógica del programa vertical para un problema, etc., etc., son algunas de las soluciones enunciadas y que repiten numerosos actores, muchas veces con proyectos muy disímiles. Los conceptos se vacían de sentido y de allí el exceso de significantes.

Lo que se pretende es que si lo que hay que hacer ya está enunciado, lo que falta entonces es preguntarse por el "cómo" y así la única preocupación pasa por la obtención de "las herramientas" que hagan posible el "cómo" para alcanzar esa verdad prometida. La lógica de soluciones es la forma que alcanza la razón instrumental para operacionalizarse y al concretarla la reifica en tanto saber sin sujeto. Es entonces cuando esa razón instrumental, más preocupada por el "cómo" que en saber "qué", "por qué", "para qué", "con quién" y/o "para quién", se vuelve hegemónica. Esa razón instrumental siempre está al servicio de otra razón principal o sustantiva, pero se la desconoce ya que se subordina a los hallazgos inmediatos, colonizada por el sentido común (13). Se constituye así una racionalidad —en cuanto modelo de conocimiento— que impide cualquier proyecto transformador, más allá de lo que se declame.

Las prácticas profesionales concebidas como meras prácticas académicas, en tanto herencia escolástica, procuran a partir de los textos interpretar los problemas, es decir textualizarlos. Pero es necesario que los problemas provoquen a los textos, en un proceso que invierta la lógica escolástica (14). La necesidad de trabajar sobre una lógica de problemas y no una lógica de soluciones, coloca en el eje de la discusión, el tema de la teoría de la acción (15) como forma de enfrentar a la razón instrumental.

Las "grandes soluciones" logran una clausura simbólica (16), en la que se impide la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Y entonces se pasa a depender de los efectos de "las políticas" concebidas como universales y que por lo tanto desconocen las singularidades. Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades. Esas políticas suelen provenir de enlatados fabricados en serie por los organismos internacionales (OI), los cuales viven cambiando los nombres de sus soluciones para los mismos problemas. Esos OI, en ciertas ocasiones, son criticados y enfrentados por otras áreas del gobierno, pero el campo de la salud aparece como "neutro", no se problematiza. Es un campo de control social,

es fundamentalmente biopolítica, en tanto control sobre la vida y la muerte, pero ya no de los individuos sino de las poblaciones (17-19). Los gobiernos progresistas de América Latina parecen no poder escapar a la lógica de la biopolítica.

Esas clausuras simbólicas obturan el proceso necesario para poder pensar la política y entonces pareciera que solo le resta al trabajador gestionar lo que otros piensan y deciden como políticas. Así entendida, la política es para lo macro, como la gestión es para la micro, así se plantea el juego. No pareciera haber espacio para la micropolítica. Los conceptos sanitarios y/o sociales, devenidos en políticas, toman dimensiones cuasi religiosas o actúan como contraseñas que permiten afiliaciones o desafilaciones a ciertas corrientes o espacios. Sin embargo el concepto es hueco o remite a meras expresiones de deseos compartibles o no, pero que carecen de elucidación en situación. La política en tanto lógica del "debe ser", ignora la naturaleza del campo, sus agentes y capitales. La política deviene objetiva e invariante, es más, se apela a que sea científica y entonces "la solución" se encuentra en las "Políticas Basadas en Evidencias" (20). Claro, las evidencias son de otros, en general del norte, que de esa manera vuelven a decimos lo que hay que hacer. La evidencia niega la apuesta. Hace mucho tiempo Arturo Jauretche señaló en el *Manual de Zoncera Argentinas* (21), la zoncera que enfrentaba a las "Políticas Criollas con las Políticas Científicas", donde lo científico era lo que venía de afuera. La zoncera sigue vigente.

Si no hay espacio para "el hacer" se debe trabajar con "lo hecho". Entonces la política deviene norma universal en tanto técnica aplicada. Y por ende, el pensarla pasa a ser propiedad de otros, por ejemplo de los OI que nos dicen qué es lo que hay que hacer, mientras tanto a los trabajadores solo les es asignado trabajar con "lo hecho", es decir aquello que devino "norma consensuada" en las reuniones internacionales o nacionales donde tanto la repetición como la ausencia de actores es muy significativa.

Las capacidades de financiamiento de esos OI y la complicidad de funcionarios nacionales, disciplina cualquier intento en otra dirección, dejando sin financiación a las jurisdicciones que pretendan buscar "otros caminos". A esas jurisdicciones el gasto en personal les suele

implicar porcentajes muy significativos del presupuesto y entonces claudican en sus ideales en pos de la viabilidad del proyecto o de meras ambiciones personales. A ello se suman las debilidades propias de sus capacidades de gobierno. Todo en su conjunto, induce al acatamiento y al silencio de los funcionarios en las reuniones nacionales y/o internacionales. En esa dinámica, los OI continúan con sus lógicas de reformas, ahora silenciosas (22), y para ello insisten en colocar a las prácticas de salud como prácticas de mercado (bajo las formas de seguros que tienden a extenderse a la totalidad de los programas) (f). Esa mercantilización tiene como propósito una expansión del dominio del capital económico sobre cualquier otra lógica. Se busca, con la idea de mercado, obturar y/o eliminar la idea de derechos.

Las políticas repiten, como ya señalamos, los problemas de la Planificación Normativa, desconociendo las reflexiones realizadas desde mediados de los '70 sobre la misma (5,23-26), caracterización que también se puede encontrar en los sectores críticos. La política no aparece como pensamiento, ese acto es potestad de la filosofía política (27). La política pierde así su dimensión emancipatoria y se limita a una mera propuesta tecnocrática o a una oposición altamente ideologizada y por lo tanto no ligada a la acción de los sujetos en situación. Pareciera tratarse de una competencia por la mejor idea, o la más noble, y no de un juego ligado a intereses donde si se quiere ganar hay que tener más capitales y más y mejores jugadores, que constituyan equipos capaces de instalar nuevas reglas de juego.

La idea del "plan" es muy cara a la modernidad y al sujeto de la razón cartesiana. Más allá de las críticas a la planificación realizadas por sus principales teóricos, sus lógicas y principios siguen teniendo vigencia y aún se escucha "hace falta un plan". Esa idea de plan remite al futuro, y allí está la trampa, ya que el futuro desjerarquiza la acción del presente al colocarla en manos de alguien que realiza el plan, que a fin de cuentas es quien terminaría por definir, o al menos eso se cree, la acción que el trabajador realizará. La supuesta certidumbre sobre el futuro es la mayor debilidad de la planificación, ya que desconoce que la certidumbre pertenece a lo imaginario, y por el contrario, es la incertidumbre lo constitutivo de lo real (28).

De esas certidumbres devienen las políticas sectoriales y sus programas, todos estructurados en lógicas verticales (arbóreas) que fragmentan y atomizan el territorio, el cual en una lógica más cercana al plano (rizoma), pierde la potencialidad para la construcción de vínculos y el ejercicio del control social, de esos conjuntos sociales sobre las políticas y programas que dicen tenerlos como objetivos (25,29).

Por todo ello es que proponemos desarmar el concepto de planificación en dos: por un lado el de "plan", y por el otro, el de "acción", donde el plan queda relacionado a la política, y la acción a la metapolítica. En resumen, no se trata de PLANIFICACIÓN ni de PLANificación, se trata de planificACCIÓN. Lo que proponemos es centrarnos en la acción, reconociendo –como ya señalamos– que no siempre es racional, que siempre está ligada a intereses y que es necesario pensarla.

Política no es el nombre política dirá Badiou (27), para quien "solo es política el proceso de la construcción colectiva de un singular con miras a la gestión o transformación de lo que es": a ello denominará metapolítica. De lo contrario, la política deviene un ente, pasa a tener carácter ontológico, se le niega su capacidad de producción por actores/agentes en un momento histórico en función de ciertos intereses. ¡Pero es allí donde está lo singular! No pensarla de esa manera, nos ubica como espectadores y en esa lógica el campo es inmutable. Solo hay posibilidades de cambiar las estructuras del campo si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos. No se necesitan seguros públicos o privados, se necesitan actores, ciudadanías plenas y solidarias si se quiere pensar otra salud. Mario Testa señala que los sectores dominantes utilizan el poder que tienen para crear formas organizativas, en cambio los sectores dominados solo disponen del poder de las organizaciones que consiguen crear, para lo cual no tienen otro recurso que la conciencia en torno de los problemas que enfrentan, junto con el poder político (transitorio) que se deriva de ello (25). Esto último no es política, es metapolítica (27). Por lo tanto pensar las soluciones en términos de "regulación" es falso, dado que el problema es la ausencia

de actores e instituciones, o la debilidad de estas, y no se resolverá en la medida que no nos atrevamos a pensar la política, negándole cualquier normatividad. Estas ideas se inscriben en la lógica de la guerra de trincheras y la constitución de intelectuales orgánicos que señalara en la primera mitad del siglo pasado Antonio Gramsci (30).

LOS TERRITORIOS: EL TRABAJO, LA ORGANIZACIÓN, LA GESTIÓN Y EL GOBIERNO

El campo de la salud tiene características propias en las que sustenta su singularidad y complejidad: los trabajadores tienen una muy alta autonomía y los procesos de gestión son de los más complejos que presentan las instituciones de la sociedad actual. La afirmación anterior se funda en las siguientes características: se trabaja con un objeto que no se puede definir, la salud; sus organizaciones son al decir de Mintzberg "las más democráticas de la sociedad" (31), dado que los niveles de menor jerarquía tienen altas dosis de autonomía; una gran parte de esas organizaciones deben funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año; se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo. Son muy pocas las organizaciones de la sociedad que cumplen esas condiciones.

En los cotidianos de las organizaciones de salud se asiste a una realidad constituida, en general, por una profunda desazón por parte de sus trabajadores sobre el futuro de las mismas. De allí que en los relatos la única solución posible sea "la de poner una bomba" ya que los cambios son percibidos como imposibles. Ello se debe, en parte, a que operan al interior de las organizaciones y de los trabajadores "tres falsos supuestos" (32): una falsa concepción del sujeto: se lo concibe como sujeto cartesiano (33-35); una falsa concepción del trabajador: se lo concibe como un trabajador manual; y una falsa concepción de la organización: se la concibe como una estructura piramidal, una burocracia mecánica en el lenguaje de Mintzberg (31).

Para configurar otras estructuras en el campo de la salud se necesitan nuevos y más actores de manera de hacer estructurantes otras lógicas y procesos. No es posible realizar ese cambio únicamente desde acciones de gobierno, o de gestión. Resulta necesario pensarlo y, sobre todo, realizarlo desde las singularidades que constituyen los espacios cotidianos –situación (g)– donde el trabajo y el trabajador tienen un rol central, como también los usuarios. Esos también son espacios de la metapolítica, pensados en términos de potencia y no solo de poder; potencia de los trabajadores como de los propios usuarios en función de su control sobre la institución de salud de manera de asegurar el ejercicio de derechos y además poner límites a los planteos corporativos que bajo reclamos salariales, no pocas veces, amenazan la institucionalidad de lo público y donde el caso de los anestesiólogos es el más evidente, pero no el único.

Todo ello, nos lleva a conformar una propuesta conceptual de acción para el cambio, que denominamos TOGG (trabajo, organización, gestión y gobierno) (h) y que en cierta manera contradice la visión clásica sobre las posibilidades de cambio, dado que lo piensa en una secuencia de GGOT (gobierno, gestión, organización y trabajo). No entendemos al TOGG, ni al GGOT como excluyentes sino que vamos a sostener al TOGG como central en un proceso de acumulación de fuerzas institucionales en el tiempo, y al GGOT como un dispositivo facilitador del TOGG en un momento determinado. Seremos enfáticos, la transformación depende de un proceso de construcción/reflexión del TOGG que se basa en la acción, reconociendo a priori que sus logros no son inmediatos y no pueden evaluarse en término de objetivos, sino de procesos, ya que tienen fuertes contenidos de cultura organizacional y por lo tanto depende de la producción de nuevas subjetividades, entendiendo al sujeto no como un dato a priori sino como una tarea (36).

Nuestras ideas acerca del TOGG y los "tres falsos supuestos" ocupan los párrafos siguientes. Antes de entrar en ellos, queremos hacer una aclaración: nada de lo que vamos a describir es fácil de realizar, es más, sabemos que es difícil. Solo nos proponemos que sea fácil de entender. También necesitamos aclarar que nunca nuestra preocupación fue estructurada en

el eje fácil/difícil, sino que siempre fue estructurada en el eje necesario/innecesario. Por ello siempre recurrimos a Jesús Ibañez para quien si algo es necesario y aparece como imposible, es necesario cambiar las reglas del juego (37). En esa misma idea también podemos recurrir a un pensador nacional como Raúl Scalabrini Ortiz, quien mucho antes que Ibañez señaló:

Desalojemos de nuestra inteligencia la idea de la facilidad. No es tarea fácil la que hemos acometido. Pero es tarea ingrata. Luchar por un alto fin es el goce mayor que se ofrece a la perspectiva del hombre. Luchar es, en cierta manera, sinónimo de vivir. Se lucha con la gleba para extraer un puñado de trigo. Se lucha con el mar para transportar de un extremo a otro del planeta mercaderías y ansiedades. Se lucha con la pluma. Se lucha con la espada. El que no lucha, se estanca, como el agua. El que se estanca se pudre. (38 p. 267)

TRABAJO

La etimología de trabajo proviene de *tripalium*, elemento de tortura usado en la Edad Media. Pero no siempre el trabajo es una tortura. Carlos Marx, en *El capital* (39), reconoce que el trabajo puede ser motivo de alienación, pero también de construcción del trabajador, en la medida que con su trabajo pueda transformar la realidad y en dicho proceso transformarse a sí mismo. Esa relación dialéctica entre trabajo y trabajador es la que pretendemos recuperar.

La necesidad de colocar el tema del trabajo en la agenda de las organizaciones, se fundamenta en que no es abordado por las mismas. Un hospital realiza ateneos semanales o mensuales –los temas más frecuentes son enfermedades o procesos de atención– pero es excepcional que la institución los reúna para hablar y pensar el "proceso de trabajo" y si lo hace no es raro que siga la lógica del trabajo industrial.

La propuesta es centrarnos en el trabajo –en tanto hacer– para preguntarnos "¿qué hago?, ¿qué hacemos?". Pichon-Rivière (40), señala que es la tarea (trabajo) lo que constituye al grupo en la medida en que esta se vuelva centralidad del mismo con el propósito de que el

hablar del trabajo desplace a la queja y al malestar, que no pocas veces constituyen la centralidad del cotidiano de los equipos (41). El pensar el trabajo realizado en situación, se fundamenta en que el trabajo en salud se caracteriza por la alta autonomía en la base de la organización (31). El trabajador de la salud, no es el trabajador manual pensado por Taylor (42), sino que es un trabajador del conocimiento y por ende el lenguaje –verbal y no verbal– es central en su proceso de trabajo. El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento, hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad (28,43-49). Y en ese proceso puede transformarse el trabajador del conocimiento en un trabajador nómada, dado que el trabajo puede producirlo en cualquier lado, a diferencia del trabajador manual que necesita estar al lado de la máquina.

Colocar el trabajo en discusión nos lleva a problematizar dos conceptos relacionados: empleo y trabajo, cuya diferencia radica en la condición de remuneración del primero, no siempre presente en el segundo. Esto nos posibilita generar un cuadro de doble entrada, donde podemos considerar las combinaciones de empleo (sí o no) y trabajo (sí o no).

En el Cuadro 1 quedan definidas cuatro celdas: la celda A expresa el trabajo doméstico como ejemplo más notorio; la celda B expresa la exclusión social; la celda C señala la inclusión laboral (con o sin explotación) y la celda D, que es en la que nos vamos a detener, expresa a aquellas personas que tienen empleo pero no tienen trabajo. En general se califica a este estado como de "ñoquis" (i), pero tal calificación no es la única explicación que refleja esta celda, ya que no todos los trabajadores que se encuentran en dicha situación son "ñoquis". Es más, entendemos que son los menos. ¿Y entonces qué son esos trabajadores? Son sujetos alienados que han perdido el sentido y el significado del trabajo. Mientras algunos perdieron el empleo durante la ola neoliberal, otros perdieron la capacidad de trabajar. Son personas que sufren, son personas que devinieron objetos de la institución y en ese proceso de cosificación el calificativo de ñoquis actúa como clausura simbólica ya que impide pensar el proceso de trabajo que originó tal situación en esos

trabajadores. La alienación expresa la pérdida del "para qué" y el "por qué" del trabajo (39,50). Significa no tener una historia donde reflejarse, ni tampoco horizontes de sentidos (51).

Los anarquistas, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, soñaban con que los trabajadores fueran cantando al trabajo. Hoy, si uno les pregunta a los trabajadores de una organización de salud, cómo califican al compañero que canta durante su trabajo, la mayoría responderá "está loco". Asistimos –en un siglo– a la transformación de una consigna política en una categoría gnoseológica de la medicina. El proceso de medicalización es evidente.

La alienación en los trabajadores se expresa de diferentes maneras: en la pérdida de vínculos con la organización (no siente pertenecer, ni que le pertenezca); con el trabajo (pierde el significado y el sentido de lo que hacen); con los equipos (no hay identidad) y con los usuarios (no construye vínculos) (52). Esto no es gratuito, y tiene sus consecuencias en la salud de los trabajadores de la salud, tema tabú al interior de las organizaciones, a pesar que entre los trabajadores existe la cuasi certeza de que las enfermedades, las licencias por "carpeta psiquiátrica", los problemas de adicciones y muertes de no pocos compañeros/as, tienen que ver con el trabajo. De eso no se habla, domina aún el "silencio hospital" y si se habla se cae en categorías diagnósticas como *burnout* o *moving* que no pocas veces obturan la discusión sobre el trabajo, ya que la categoría diagnóstica médica o psicológica lo explica todo.

La propuesta es colocar el tema del trabajo en la centralidad de cada equipo (en tanto singularidad) (53). Hablar más del trabajo en el

Cuadro 1. RELACIÓN TRABAJO Y EMPLEO

		TRABAJO	
		SÍ	NO
EMPLEO	NO	A	B
	SÍ	C	D

Fuente: Elaboración propia.

trabajo y de la familia en la familia y no viceversa. El anhelo es alcanzar en cada trabajador y en cada colectivo la categoría elucidación propuesta por Castoriadis: "saber lo que se piensa y pensar lo que se hace" (54).

Según el "Triángulo del desempeño de la organización" (55), en nuestros países, las estructuras mentales de los trabajadores influyen fuertemente sobre sus procesos de trabajo y a su vez estos determinan las formas organizativas, mientras que estas últimas influyen muy poco sobre las estructuras mentales de los trabajadores. Esta tesis, a la cual adherimos, trae aparejada que las formas de la organización y los procesos de trabajo se transformarían en la medida en que existieran cambios en las estructuras mentales, siendo este cambio de mayor impacto que, por ejemplo, la reforma de un organigrama.

El trabajo en salud posibilita juntar valores e ideas, y en función de los mismos realizar el trabajo, a veces de manera militante. Esa situación no es frecuente de encontrar en otros procesos de trabajo. De allí la importancia de la micropolítica del trabajo en salud y su relación con el modelo de atención en las dimensiones del cuidado (56,57). En la medida que entendamos que los trabajadores no son "ni recursos", "ni pertenecen a ninguna planta", sino que ¡son personas! Se puede entender la propuesta de las micoprácticas de trabajo, en tanto proceso relacional en un espacio situacional donde el trabajador de la salud desarrolla su proceso de trabajo (56-59). Es allí que está dada la potencialidad de la metapolítica (27).

ORGANIZACIÓN

Las teorías sobre las organizaciones y el trabajo constituidas a inicios del siglo XX, a partir de los aportes de Taylor (42) y Fayol (60), concibieron a las organizaciones como estructuras verticales (pirámides), dominadas por la racionalidad y la concentración de poder en la cúpula. Los postulados para su funcionamiento fueron diseñados en función de un trabajador manual, que hace su trabajo con las manos, y la comunicación se limita a la orden y a lo escrito, de allí el remanido "pásemelo por escrito". Esos principios, después de cien años, siguen teniendo vigencia en los saberes y discursos de directivos

y trabajadores de las organizaciones de salud, no tanto en sus prácticas.

Hay una fuerte contradicción entre lo que piensan los trabajadores de los componentes del TOGG y sus prácticas. Cuando se consigue reflexionar con ellos sobre las mismas se dan cuenta de las diferencias abismales entre lo que piensan y lo que hacen, y cómo sus prácticas están más cercanas a muchas cosas que aquí se plantean desde lo teórico. Es decir que el trabajador piensa al TOGG de una manera, pero trabaja de otra. El trabajador no sabe lo que sabe y su utilidad. Todo ello lo aprendió trabajando pero nunca fue jerarquizado por el "saber científico" de allí que no lo pueda valorizar. El antagonismo entre pensamiento y prácticas no entra en conflicto porque forma parte del *habitus* (12).

En cualquier juego es sabido y consensuado que el conocimiento del campo donde el juego se desarrolla, es fundamental para asegurar el resultado y la calidad del equipo que juega. En el caso de los equipos de salud, muy pocos conocen las bases teóricas reales de su campo de juego. El problema no es solo que lo desconocen sino que lo piensan al revés de lo que es. Lo imaginan como una pirámide con todo el poder concentrado en el vértice superior, pero sin embargo se trata de una *burocracia profesional* (BP), con una muy importante y significativa concentración de poder en la base (31). Los rasgos centrales de la BP definidos por Henry Mintzberg pueden extenderse a otras dimensiones organizacionales del campo de la salud. Los postulados de la BP fueron publicados a mediados de los '70 y han tenido amplia difusión. Pero a pesar de los casi 40 años transcurridos desde su publicación, asistimos a un desconocimiento del concepto de la BP, entre trabajadores y directivos de las organizaciones de salud.

Las organizaciones se siguen pensando a partir de "organigramas" y "misiones y funciones". Mientras los organigramas no tienen mayor funcionalidad que la dada por la dinámica de expedientes y memorándums, las misiones y funciones claudican diariamente ante "los usos y costumbres". No obstante, es frecuente que ante un cambio de ministro de salud, la autoridad entrante solicite discutir los organigramas al interior de las organizaciones que de él dependen. Cuatro preguntas al lector: ¿recuerda algún cambio en su

organización –producto de un nuevo organigrama– que haya redundado en la calidad de la atención, del proceso de trabajo, o solucionado algún problema que no sea de la dimensión del narcisismo?; ¿cuántos trabajadores conocen las misiones y funciones de su organización?; ¿usted las conoce?; ¿por qué se insiste entonces con los organigramas y las misiones y funciones? Porque es lo único que se conoce. No saben que no saben y entonces hacen lo que saben, y lo único que conocen son las lógicas taylorista y fayolista, a través de sus propios procesos de socialización aprendidos en organizaciones con características verticales como la iglesia, la escuela, el ejército o la fábrica (61).

¿Pero qué son entonces las organizaciones de salud? Son redes de conversaciones (46,47,62). Si un gremio de la salud quisiera hacer una huelga y alcanzar un muy alto grado de participación, debería conseguir que los trabajadores asistan a su lugar de trabajo, y una vez allí, taparse la boca con una cinta, de manera de no poder hablar. Ello provocaría una paralización total del trabajo y de la organización. Quizás ello serviría para que esos mismos trabajadores pudieran entenderse como trabajadores del conocimiento y por lo tanto como trabajadores que hacen cosas con palabras.

Si la idea del trabajador del conocimiento resultara difícil de entender, bastaría solo con pensar en un trabajador de la salud con tareas asistenciales que entra a una sala, o a un consultorio, y empieza a hablar y entonces las personas comienzan a realizar acciones (se acuestan, se quitan la ropa, se van a su casa, y muchas otras posibilidades que son desencadenadas por el simple hecho de la emisión de palabras por parte de ese trabajador de la salud), sin la necesidad de tocar a ninguna de esas personas. Ese resultado es imposible para el trabajador manual, el cual solo consigue realizar su tarea tomando contacto directo a través de sus manos, o indirecto a través de las herramientas controladas por sus manos.

Lo importante es que esas conversaciones que conforman la red resulten de alta calidad –nos dirá Fernando Flores (46,47)– entendiendo por ello, que lo que se diga sea lo que se haga, en contraposición a las conversaciones de baja calidad (donde lo que se enuncia, no se cumple). Las conversaciones en una organización –a veces de miles de personas– constituyen verdaderas

polifonías (63) que necesitan inscribirse en narraciones que den cuenta de la organización desde un "por qué" y un "para qué" (j) (50). Esas narraciones constituyen identidades y en ellas se verán reflejados sus trabajadores. Pero toda narración debe tener su mística donde respaldarse (valores, mitos, tradiciones, leyendas, es decir diversas formas de identificación) (64). Es así que la articulación de mística + narraciones + conversaciones de alta calidad, es central para que una organización se constituya como una red de conversaciones con alto impacto de sus acciones. Y cuando decimos que se constituya, la estamos entendiendo desde una concepción diacrónica con continuidades y rupturas, con conflictos y con procesos instituidos e instituyentes en una relación dialéctica (65,66). Relación capaz de dar cuenta no solo de su historia y sus deseos, sino también del cuidado de sus trabajadores, sean ingresantes (para hacerlos parte de la narrativa) o se estén jubilandos (para recuperarlos en tanto sujetos de la historia de la organización). El ingresar a una organización, o el jubilarse, debe constituir mucho más que un mero trámite administrativo, si de verdad pretendemos organizaciones diferentes.

En resumen, si pensamos a nuestra organización ¿cómo entendemos su funcionamiento?, ¿basado en el organigrama en tanto sistema de autoridad formal o como un sistema de comunicación informal donde la gente se agrupa con sus pares en función de ciertas afinidades personales y/o profesionales de manera independiente de las jerarquías y de esa manera desarrolla buena parte de sus procesos de trabajo? ¿Cuál modelo predomina? ¿cuál modelo tenemos en la cabeza? ¿coinciden? Parece necesario discutir los contenidos de nuestras ideas, para ponerle teoría al campo donde "jugamos" todos los días.

GESTIÓN

Es en la gestión y/o en el gobierno –las dos G del TOGG– donde el sentido común hace descansar las grandes esperanzas de cambios en el campo y en sus instituciones. Es allí también donde el avance de la racionalidad empresarial y de mercado es más fuerte a través de "sus soluciones", proceso por el cual convierten sus herramientas en políticas.

Los sectores críticos y progresistas de América Latina, en general, desprecian la gestión, asociándola de manera excluyente a la tecnoburocracia, lo cual muchas veces es correcto, aunque no lo sea su generalización. Así se llega a enfrentar a la política con la gestión, como si fueran dos cosas distintas, o como si la política pudiera implementarse sin gestión.

Las experiencias de gestión, suman más fracasos que éxitos si las analizamos desde una lógica de objetivos y no de procesos. No son pocos los relatos de asociaciones de profesionales y/o gremios que consiguen que un integrante de la Comisión Directiva tome la dirección de un hospital –u otro cargo– para más tarde declarar la traición por parte del compañero/a, por no seguir los lineamientos acordados. ¿Es siempre traición?, ¿o hay que buscar otras interpretaciones?

Pregunte a quien haya tenido cargos de gestión: "¿cómo se imaginó que iba a ser la gestión?" y "¿cómo terminó siendo?" Las respuestas serán: "me sentí un bombero, me la pasaba apagando incendios", o "me la pasaba tapando agujeros". Lo urgente desplazando a lo importante domina lo cotidiano de la gestión de instituciones con bajas responsabilidades, dado que el espacio de la acción está siempre ocupado por las rutinas, las urgencias y la improvisación.

Es frecuente escuchar en las instituciones de salud "acá hace falta un plan" o "si yo fuera director": ambas expresiones abrevian en la lógica fundante de la planificación normativa y el diseño organizacional tradicional (sujeto cartesiano, asociabilidad, negación del conflicto, lógica basada en objetivos y órdenes y una estructura piramidal cuyo funcionamiento es asegurado por las misiones y funciones y el organigrama). Esas ideas provienen del principio de movilizar personas para implementar normas o procedimientos y no para implicarlas en la cultura y el proyecto (los por qué y para qué que ya señalamos).

Poco o nada tiene que ver lo anterior con la idea de que la gestión implica trabajar con problemas, entendiendo por ello la diferencia entre la situación en que se está y la que se quisiera estar. Ser parte de una gestión y quejarse por los problemas que se presentan, es no entender la lógica del juego, lo cual no implica justificar si se tienen siempre los mismos problemas, ya que ello puede estar expresando la falta

de normatización o de recursos de poder (políticos, técnicos o administrativos). Por el contrario, si los problemas que se enfrentan son cada vez más grandes y/o complejos, ello puede estar significando que estamos enfrentando a actores/agentes más poderosos y debemos entender que ello expresa crecimiento y no problemas de la gestión. También se debe reconocer que los problemas no son ni técnicos, ni políticos, sino tecnopolíticos, con componentes variables de ambos, pero nunca puros (23), otra característica de la complejidad a la que venimos haciendo referencia.

Otras dos dificultades centrales en la gestión son: el tiempo y la comunicación (23). Pero no se los tienen en cuenta, o se los concibe de manera equivocada. En relación al tiempo, e influenciados por la metafísica, se termina por asignarle un carácter ontológico, como si el mismo existiera por sí y no fuera producto de la acción, aquello que se crea en el acto mismo (67). El gestor –influenciado por lógicas faraónicas– tiende a concentrar acciones y problemas que no puede realizar y entonces se lamenta por la falta de tiempo. No entra en su lógica que los problemas se resuelven mejor donde tienen más relevancia, y ello no siempre es sinónimo de su escritorio. Por ello una buena gestión será aquella capaz de generar olas, de desencadenar procesos y/o de abrir espacios.

Con relación a la comunicación, se la interpreta bajo los viejos paradigmas de "emisor, mensaje y receptor". Una lógica tan simple como irreal, que desconoce los desarrollos teóricos sobre la complejidad del lenguaje y la comunicación. Y que por lo tanto sustenta la idea de la orden como instrumento central de la comunicación en la gestión. En contraposición, vamos a encontrar en Sartre la idea de que "la orden no existe" (68) dada la complejidad e incertidumbre en la que se da toda acción en situación y que por lo tanto exige siempre el uso de ciertos grados de libertad por el que ejecuta la acción.

Para Carlos Matus, la gestión descansa en un Triángulo de Hierro, donde sus vértices son: la agenda del dirigente, la gerencia por operaciones y un sistema de petición y rendición de cuentas (SPRC). En la agenda del dirigente, Matus piensa ¿a qué destina el tiempo el gestor?, proponiendo el ejercicio sistemático de evaluación de

su propia agenda para analizar si todas las acciones que consumieron su tiempo eran acciones a ser realizadas por él o si debiera haberlas derivado. ¿Derivarlas para qué? Para ganar tiempo e intervenir en las conversaciones de la organización, caminándola, entrando en contacto con los colectivos de trabajadores para conocer de primera mano los problemas, las dudas y los interrogantes y evitar que la comunicación sea dominada por "radio pasillo". La gerencia por operaciones guarda similitud con la propuesta de adhocracia de Mintzberg (69) y propone que todos los integrantes del colectivo pasen por situaciones de máxima responsabilidad, asumiendo el compromiso de liderar el abordaje de un problema, de manera que conozcan la complejidad de su resolución, como también sientan el reconocimiento personal a sus capacidades y compromisos por parte de la organización. El último vértice del triángulo es el SPRC, en el que afirma que una organización donde nadie pide cuentas y nadie rinde cuentas se caracterizará por la baja responsabilidad, por ello propone un SPRC total, donde todos pidan cuentas y todos rindan cuentas, a diferencia del taylorismo, donde piden cuentas los directivos y rinden los trabajadores. Con esto se persigue pasar de una lógica de cumplimiento de órdenes a una lógica de cumplimiento de compromisos; como también pasar de una lógica de monitoreo de procesos a una lógica de monitoreo de conversaciones.

En ese sentido, una cultura del trabajo permitiría un SPRC que podría transformarse en un aliado fundamental para una gestión que quiera dar cuenta de los problemas mencionados (23). Pero ello necesita de un cambio cultural de la organización, para lo cual es necesario comprender que los tiempos culturales son distintos a los tiempos técnicos (25).

Los conceptos abordados en los párrafos anteriores nos llevan a entender que no son las concepciones tradicionales de la administración —que se imaginaban administrando objetos— las que se pueden aplicar en las instituciones de salud, dado que no se trata de administrar objetos sino trabajar con sujetos y a ello llamaremos gestión para diferenciarlos de los conceptos de administración que aun se utilizan y conllevan la idea del trabajador en tanto objeto.

GOBIERNO

En las cuestiones de gobierno, tres elementos confluyen en una combinación por demás peligrosa para la vida y el desarrollo democrático en América Latina: la debilidad institucional acumulada históricamente y exacerbada por las políticas neoliberales en el marco de un fuerte desprestigio de todo aquello que fuera entendido como estatal y/o público; las bajas capacidades de gobierno configuradas en lógicas que las desprecian, suponiendo que las mismas se superan al subordinarlas al proyecto político; y la idea de que solo basta con la política para dar cuenta de los problemas de nuestras sociedades. Las situaciones de gobierno han sido reducidas —no pocas veces— a un mero conflicto de intereses, donde la categoría de poder se torna el "uno" que explica el "todo". Esta apreciación puede ser correcta en ciertos casos, pero le negamos el carácter de totalidad explicativa (k).

El haber sido ministro de Economía y presidente del Banco Central durante el gobierno de Allende, le permitió a Matus generar un proceso de reflexión autocrítico, como podemos encontrar en *Adiós, Señor Presidente* (23) y que profundizó en otros textos de sus últimos años de vida (55,70-73). Esa reflexión sobre las capacidades de gobierno ocupó su pensamiento, no solo por su experiencia de gestión, sino por las vivencias posteriores como asesor y/o consultor de numerosos gobiernos nacionales, provinciales y/o municipales de América Latina, de muy diferentes signos ideológicos. En ese devenir, encontró un común denominador: la incapacidad para llevar a cabo la promesa política realizada, producto de una debilidad institucional a la cual se sumaba la falta de equipos para gobernar y un desconocimiento de técnicas y métodos de gobierno, lo cual no era subsanable por la experiencia.

Es un dato de la realidad, no difícil de constatar, que en nuestros países las diferencias ideológicas entre los partidos políticos son mayores durante los procesos electorales que en los períodos que gobiernan. Es en estos últimos donde esas diferencias desaparecen o tienden a aproximarse. Esto no solo se debe a que se enfrentan actores poderosos que no se tuvieron en cuenta en la promesa electoral, sino a la

incapacidad de llevar adelante las políticas. No es casual que, en general, la gestión pública termine por ser decepcionante (23,55, 70-73).

Para Matus los problemas de la democracia estaban "en la cabeza" y no "en los pies" y el mal residía en la baja capacidad de gobierno. Esa caracterización sigue vigente y las propuestas de "escuelas de gobierno" (72) que se han realizado han fracasado dada la concepción iluminista y/o tecnocrática de las mismas.

Para entender el pensamiento de Carlos Matus, es útil abordar la idea de "Triángulo de Gobierno" con sus tres vértices: el proyecto político (los problemas que se van a abordar), las capacidades de gobierno (experiencia, conocimientos y capacidad de liderazgo) y la gobernabilidad (el consenso de los distintos actores sobre las acciones de gobierno) (23). Se entiende, *a priori*, que ese triángulo debe ser equilátero, pero bien sabemos que podemos encontrar distintos tipos de triángulos por la ausencia, o poco desarrollo, de al menos uno de esos vértices.

En los últimos siglos hemos asistido a avances revolucionarios de las ciencias, que se contrastan con la acumulación de los problemas sociales. Las ciencias no parecen tener impacto relevante en el enfrentamiento de los problemas sociales y en la calidad de la gestión pública en el continente más desigual. Hay un gran problema de teoría de la práctica, no hay teoría para esa práctica compleja que significa gobernar y ningún título universitario da ese conocimiento. De allí, como señala Matus, un buen médico no es necesariamente un buen ministro de salud, ni un buen maestro es un buen ministro de educación, y así podemos seguir con cada egresado en relación a su campo temático (23).

Las debilidades y/o desconocimientos en las capacidades de gobierno hacen eclosión al momento de gobernar y no es raro entonces que se cumpla aquella frase de "pasar del anonimato al desprestigio, sin haber conocido el éxito". La idea de los más capaces parece ser reemplazada por la de los más audaces. No se trata solo de los problemas derivados de la pesada herencia del gobierno anterior, sino del pobre capital de capacidades de gobierno con el cual se llega. En la Argentina de la democracia pasamos del optimismo de 1983 donde el candidato a presidente Raúl Alfonsín afirmaba "¡Con la democracia se

come, se cura, se educa!" a la crisis del 2001 donde se instaló el "¡Que se vayan todos!". Un recorrido lamentable para el sueño de la democracia arrancado a la dictadura. Así como antes señalamos el desconocimiento del desarrollo teórico de la Burocracia Profesional (31), acá vale destacar el desconocimiento de las Teorías de las Macroorganizaciones (55) que explican el funcionamiento de los diferentes poderes de una nación (ejecutivo, legislativo, judicial).

No saben que no saben, y entonces hacen lo que saben. Y lo que sabe el gobernante es imaginar un mundo dominado por la razón; entonces, si es un universitario desarrollará su experticia profesional en su tiempo de gestión/gobierno, y si es un político desarrollará sus experiencias de "la política" como forma de lidiar con los problemas de la burocracia (55,70,73). Es indudable que si estos relatos nos resultan conocidos, es porque existe un problema de carácter cognitivo/epistemológico. No desconocemos que dicha racionalidad tenga una historia y una relación estructural, pero tampoco que dicha racionalidad en general no es patrimonio de un solo color político, ni que conocer sus limitaciones implica no repetirlas.

Hoy las organizaciones públicas son organizaciones de baja responsabilidad, donde domina la improvisación, donde nadie pide cuentas y nadie rinde cuentas y donde se desconoce la posibilidad de establecer SPRC. Eso se asume como natural, y por lo tanto el político exagera su cultura de hombre práctico, lo cual termina con un escenario de mucha politiquería (micropoderes, rencillas, pequeños honores, entornos) que termina olvidando los problemas de la gente. Hay una aversión por la teoría y un congelamiento del capital intelectual del gobernante y su equipo. Sienten que tienen la oportunidad de realizarse como dirigentes y creen que para ello les bastará con su experiencia y su ideología. Todo el esfuerzo está puesto en conquistar el poder y poco o nada en resolver el tema del gestionar/gobernar. Ese pragmatismo impregna las acciones del gobierno y lo deja preso de las urgencias, de las improvisaciones, de los rituales burocráticos y protocolares. Se pierde así el capital político acumulado. La sensación de imposibilidad de cambiar el aparato de gobierno es generalizado entre quienes hayan pasado por alguna

experiencia de gestión/gobierno. Frente a este problema, la Universidad aporta poco y nada. Los saberes especializados de sus facultades y/o departamentos están muy alejados de la naturaleza que estructura los problemas que se enfrentan durante el gobierno de la "cosa pública" (23,55,70,72,73). De allí lo que ya señalamos acerca de la necesidad de invertir la escolástica y problematizar los textos (14).

Si hasta ahora planteamos que el camino para pensar sociedades más igualitarias no es la denuncia, ni la "iluminación", es necesario entonces pensar la situación de nuestras débiles instituciones donde se sustentan las también débiles democracias. Y diremos débiles, en tanto instituciones incapaces de dar respuesta a las necesidades de la población y/o presas de intereses corporativos expresados, a veces, por estructuras gremiales cooptadas y corruptas.

Es necesaria una Reforma del Estado, pero que rompa –en tanto formulación– el molde neoliberal que preconiza un Estado chico y eficiente. El tema del Estado no es una cuestión de tamaño, es un problema de concepción. Esta discusión exige la participación de los trabajadores, ya que la Reforma debe dejar de ser pensada desde una lógica externa (73), es decir una ley que atraviese a las instituciones y defina de manera normativa los contenidos de la reforma, para ser pensada en tanto reforma interna (73), es decir dando lugar a que los trabajadores puedan pensar y discutir el sentido y el significado de sus trabajos, los "por qué" y los "para qué". Es necesario meterse con las estructuras mentales de esos trabajadores en su relación con el trabajo, buscando crear otra cultura organizacional. Una nueva masa crítica que permita poner a estas organizaciones al servicio de las necesidades reales de la población y bajo el control social de las mismas. Esta propuesta se basa en reconocer que las estructuras mentales y la cultura organizacional tienen influencia decisiva sobre las prácticas de trabajo y que dichas estructuras organizacionales operan con la calidad permitida por sus subsistemas (55). El proceso de reforma encarado desde las microprácticas del trabajo y las redes de conversaciones, pondrá en discusión el propio proceso de trabajo (5,72) y por ende debiera tender a la democratización de los espacios que devendrían

metapolítica en tanto territorios de lo singular, de lo contrario el pensar la política seguirá siendo patrimonio de la filosofía política (27). Todo ello es también gobierno, en tanto acción destinada ya no a definir lo que se debe hacer, sino a abrir espacios y desencadenar procesos.

SALIRSE DE LA HUELLA

La lógica del campo y las distintas dimensiones del mismo abordadas hasta aquí, siguiendo distintos autores, tiene como propósito acercar discusiones y pensamientos para poder pensar/hacer otra salud. Ello es imposible de realizar sin la activa participación de los trabajadores de la salud y los conjuntos sociales destinatarios de esas prácticas. Lo cual indudablemente se verá fortalecido con el apoyo político y de estructuras de gobierno, pero a no confundirnos, sin la confluencia de conjuntos sociales y trabajadores será imposible. Todo ello demanda deconstruir lógicas en ambos y para ello habrá que poner en debate la idea de salud y del PSEA, sin soluciones *a priori* y en un proceso que tiene fuertes contenidos culturales y por lo tanto no será ni fácil, ni rápido (l).

En ese largo camino es necesaria la resistencia, dado que toda resistencia es ruptura y la ruptura es acción en situación (27). No se trata de mera expresión de deseos ni desgarradora declamación. No es la denuncia, es el hacer (75). No es el plan, es la acción en tanto proceso centrado en el presente. Se trata de hacer, o de intentar hacer. Sobran planes, soluciones y recomendaciones, falta acción:

Y toda ruptura comienza para el que se compromete con ella, por una ruptura consigo mismo. Los filósofos de la Resistencia han señalado este punto, y que éste, era del orden del pensamiento [...] Contrariamente a lo que se sostiene a menudo, no conviene creer que es el riesgo, muy grave en efecto, el que impide a muchos resistir. Es, por el contrario, el no pensamiento de la situación el que impide el riesgo, es decir, el examen de las posibilidades. No resistir, es no pensar. No pensar, es no arriesgarse a arriesgar. (27 p 15-16)

Arriesgarse es salir de las huellas del campo. Es andar sin certidumbres. Es abandonar la identidad de una cultura residual (76) basada en la denuncia, para animarse a existir perdiendo el miedo a la libertad (77). Se trata de volver a "Pensar en salud" no como una totalidad, sino como singularidades que expresen la potencialidad

de la metapolítica impulsada por la solidaridad y la energía del deseo. Y así permitimos nuevos territorios para la acción y las microprácticas de trabajo con el propósito de construir nuevos y más capitales, nuevos y más agentes/actores. Sin certezas, pero apostando frente a la incertidumbre.

NOTAS FINALES

a. Pierre Bourdieu utiliza el concepto de agentes, mientras Mario Testa y Carlos Matus usan el de actores. Cada uno de ellos fundamenta su opción y argumenta sus reparos para utilizar el otro concepto. Nosotros haremos un uso indistinto de ambos –actores o agentes– dado que estaremos trabajando con ideas de los tres autores.

b. Se tiene en cuenta la suma de: gasto público, gasto de bolsillo de la población y gasto de la seguridad social.

c. Esas personas al comprar un seguro de salud, en general quedan seducidos por la oferta de hotelería, que es lo único que pueden objetivar en la transacción económica de la compra del seguro, dada la imposibilidad de poder evaluar la calidad prestacional médica, por la asimetría de información que existe entre el que busca comprar salud y el que la vende. El "mercado de la salud" es un mercado imperfecto ya que el que compra no siempre sabe lo que compra. La salud no es un bien de mercado objetivable. Es más fácil entender lo que se compra cuando se adquieren por ejemplo vegetales o un auto, que cuando se contrata un seguro de salud.

d. Estos cálculos surgen del trabajo realizado en la función de asesor que desempeñé en la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales durante los años 2003-2004.

e. Estos ejemplos, y otros sobre diferentes modalidades de prestación fueron descriptos en otra publicación a partir de una experiencia de gestión en el ámbito nacional (7).

f. Un ejemplo es la extensión del Plan Nacer –seguro nacional materno-infantil del Ministerio de Salud de la Nación financiado con un préstamo del Banco Mundial– a las enfermedades crónicas.

g. Situación: es el espacio donde mis acciones tienen efecto, dirá Matus (23) quien toma el concepto de los existencialistas.

h. Cada letra del TOGG contiene su propio TOGG.

i. Expresión usada en Argentina para aquellos que solo pasan por el trabajo para cobrar su sueldo y que se relaciona con la tradición de comer ñoquis el día 29 de cada mes como símbolo de buena fortuna.

j. En los por qué y para qué hay "diálogos" con antecesores y sucesores de la organización.

k. En este punto retomo partes del texto *La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina* presentado al Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en la Universidad Autónoma de México, Ciudad de México, del 29 de septiembre al 2 de octubre del 2008.

l. En Cuba, y solo a modo de comparación para tener en cuenta los tiempos, llevé 9 años la construcción del Sistema Único de Salud luego de la revolución, tal el relato del Dr. Francisco Rojas Ochoa un actor relevante del proceso, y que lo acompaña desde sus inicios (74).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bourdieu P. Espacio social y espacio simbólico. En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama; 1997.

2. Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro? Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.

3. Banco Mundial. Gasto en salud, total (% del PIB) [Internet] 2010 [citado 18 ago 2010]. Disponible en:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

4. González García G, Tobar F. Más salud por el mismo dinero. 2da ed. Buenos Aires: Ediciones Isalud; 1999.

5. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993. (Colección Salud Colectiva).

6. Consultor de Salud. La realidad de los centros de diálisis en nuestro país. Consultor de Salud. 2008;(446):2-3.

7. Spinelli H, Alazraqui M, Arakaki J, Sequeiros S, Wilner A. Una experiencia de gestión en el campo social: Programa Federal de Salud 1997-2001. En: Spinelli H, (compilador). Salud Colectiva: Cultura Instituciones Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. (Colección Salud Colectiva).

8. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1971;(4):509-583.

9. Segura E. El control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina. En: El control de la Enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América: historia de una iniciativa internacional. 1991-2001 [Internet]. OPS; 2002 [citado 20 ago 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dch-historia-incosur.PDF>

10. Foucault M. La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Editorial Altamira; 1992. (Colección Caronte Ensayos).

11. Sigerist H. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. Salud Colectiva. 2006;2(3):269-279.

12. Bourdieu P. Cuestiones de sociología. Madrid: Akal; 2008.

13. Horkheimer M, Adorno T. Dialéctica del Iluminismo. Buenos Aires: Sudamericana; 1987.

14. Jaramillo A. La Universidad frente a los problemas nacionales. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2003.

15. Luckmann T. Teoría de la acción social. Barcelona: Paidós; 1996.

16. Magariños de Morentín JA. El proceso de la significación y su comunicación. En: El mensaje publicitario. 2da ed. Buenos Aires: Edicial; 1991. p. 79-113.

17. Heller A, Fehér F. Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Ediciones Península; 1995.

18. Foucault M. Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007. (Obras de Sociología).

19. Giorgi G, Rodríguez F, compiladores. Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida. Buenos Aires: Paidós; 2009.

20. Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Pública de México. 2007;49(supl 1):S14-S22.

21. Jauretche A. Manual de zoncetas argentinas. 11a ed. Buenos Aires: Peña Lillo Editor; 1985.

22. Arroyo J. Salud: la reforma silenciosa. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.

23. Matus C. Adiós, Señor Presidente. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2007. (Colección Planificación y Políticas Públicas).

24. Huertas F. Planificar para gobernar: El método PES. Entrevista a Carlos Matus. San Justo: Universidad Nacional de La Matanza; 2006.

25. Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación (el caso de salud). Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995. (Colección Salud Colectiva).

26. Chorny A. Planificación estratégica en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales. 1998;(73):23-44.

27. Badiou A. Compendio de metapolítica. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2009.

28. Spinelli H, Testa M. Del diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la planificación en América Latina. Salud Colectiva. 2005;1(3):323-335.

29. Deleuze G, Guattari F. Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia. Valencia: Pre-textos; 1988.

30. Buci-Glucksmann C. Gramsci y el Estado (hacia una teoría materialista de la filosofía). 8a ed. México: Siglo XXI Editores; 1988.

31. Mintzberg H. La burocracia profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2001. p. 159-179.

32. Spinelli H. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micopráticas de trabalho. En: Onocko Campos R, Pereira Furtado J, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade. San Pablo: Hucitec; 2008.
33. Freud S. El Malestar de la Cultura. En: Braustein N, compilador. A medio siglo de El Malestar en la cultura. México DF: Siglo XXI editores; 1988.
34. Luz M. Natural, Racional, Social: razón médica y racionalidad científica moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
35. Morin E. La noción de sujeto. En: Schnitman D. Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 1994.
36. García Canclini N. En América Latina prevalece la repetición de consignas. *Nómada*. 2009;4(19):19-21.
37. Ibáñez J. El regreso del sujeto: la investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI Editores; 1994.
38. Galasso N. Vida de Scalabrini Ortiz. Buenos Aires: Colihue; 2008.
39. Marx C. El Capital. México: Fondo de Cultura Económica; 1946. Tomo 1, vol 1.
40. Pichon-Rivière E. Obras Completas. Buenos Aires: Nueva Visión; 1997.
41. Onocko Campos R. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H, (compilador). Salud Colectiva: Cultura; Instituciones; Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 103-120. (Colección Salud Colectiva).
42. Taylor FW. Principios de la administración científica. En: Taylor FW, Fayol H. Principios de la administración científica. Administración industrial y general. Bogotá: Edigrama; 2003. p. 17-109.
43. Austin JL. Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones. Buenos Aires: Paidós; 2006.
44. Bourdieu P. Cosas Dichas. Barcelona: Gedisa; 1987.
45. Echeverría R. Ontología del lenguaje. Buenos Aires: Granica, J. C. Saez; 2005.
46. Flores F. Inventando la empresa del siglo XXI. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1989.
47. Flores F. Entrevista. En: Creando organizaciones para el futuro. Santiago de Chile: Granica; 1997.
48. Searle JR. Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje. Madrid: Ediciones Cátedra; 1990.
49. Wittgenstein L. Investigaciones Filosóficas. Buenos Aires: Paidós; 2006.
50. Giddens A. Las nuevas reglas del método sociológico. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1987.
51. Gadamer HG. Verdad y método. 11a ed. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2005.
52. Campos GWS. Gestión en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
53. Brisson ME, Spinelli H. Utilización de proyectos de trabajo en una organización del sector salud en Argentina: paradojas, dilemas y oportunidades. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(2):554-564.
54. Castoriadis C. Figuras de lo pensable. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
55. Matus C. Los tres cinturones del gobierno. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza, Fundación CIGOB, Fundación Altadir; 2007.
56. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
57. Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC, organizadores. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. San Pablo: Hucitec; 2009.
58. Kosik K. Dialéctica de lo concreto. México DF: Grijalbo; 1988. (Colección Enlace).
59. Campos GWS. Método Paideia: Análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
60. Fayol H. Administración industrial y general. En: Taylor FW, Fayol H. Principios de la administración científica. Administración industrial y general. Bogotá: Edigrama; 2003. p. 113-234.
61. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. 11a ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1993.

62. Maturana H, Varela F. Las bases biológicas del entendimiento humano. El árbol del conocimiento. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1984.
63. Bajtin M. Estética de la creación verbal. 10a ed. México: Siglo XXI Editores; 1999.
64. Mintzberg H, Quinn JB. El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos. 2da ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1993.
65. Kaminsky G. Dispositivos institucionales. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1991.
66. Loureau R. El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1975.
67. Feinmann JP. La filosofía y el barro de la historia. Buenos Aires: Planeta; 2008.
68. Sartre JP. Crítica de la razón dialéctica. Buenos Aires: Losada; 1963.
69. Mintzberg H. Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2001.
70. Matus C. El líder sin estado mayor. La oficina del gobernante. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza, Fundación CIGOB, Fundación Altadir; 2008.
71. Matus C. Chimpancé, Machiavello y Gandhi. Estrategias políticas. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1995.
72. Matus C. Teoría del Juego Social. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2007. (Colección Planificación y Políticas Públicas).
73. Matus C. Las ciencias y la política. Salud Colectiva. 2007;3(1):81-91.
74. Rodríguez Oliva LI. Modelos de salud en Cuba. Habla un protagonista. Temas. 2006;(47):35-43.
75. Holloway J. Cambiar el mundo sin tomar el poder. 2da ed. Buenos Aires: Antídoto; 2002.
76. Williams R. Dominante, residual y emergente. En: Marxismo y literatura. Barcelona: Ediciones Península; 1980. p. 143-149.
77. Fromm E. El miedo a la libertad. Barcelona: Paidós; 2006.

FORMA DE CITAR

Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3):275-293.

Recibido el 26 de agosto de 2010

Aprobado el 15 de octubre de 2010