

Salud Mental ¿Demasiados mapas para un mismo territorio? El caso del Partido de General Pueyrredón.

Enrique Andriotti Romanin, Fermín Más.

Cita:

Enrique Andriotti Romanin, Fermín Más (2004). *Salud Mental ¿Demasiados mapas para un mismo territorio? El caso del Partido de General Pueyrredón. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/696>

Salud Mental

¿Demasiados mapas para un mismo territorio?

El caso del Partido de General Pueyrredón.

Enrique Andriotti Romanin – Fermín Más

Docentes e Investigadores de la Facultad de Psicología, Grupo SOVIUC, Universidad Nacional de Mar de Plata, República Argentina.

1. ¿Por qué trazar mapas de lo social?

Mapas y copias son esquemas en los que solemos representar nuestras visiones del mundo. A diferencia de las copias, los mapas conectan a los sujetos con el mundo ya que deben incluir un lugar para ellos (solemos tomar un mapa y determinar nuestras posiciones diciendo “ahora estamos aquí”). Las copias, en cambio, son réplicas que no introducen diferencias, que no producen información, que no producen novedad ni subjetividad: las copias clausuran la escritura, cristalizan las estructuras y naturalizan los territorios (Deleuze y Guattari, 1985)

Ahora bien. En términos del tema que nos convoca, diremos que es parte del *sentido común* afirmar que el sistema estatal de salud está en crisis. De seguro, y por el curso en que va perfilándose nuestro argumento, estamos seguros que no será muy dificultoso advertir nuestras intenciones: pretendemos reflexionar críticamente acerca de las perspectivas posibles –la *visión*, para ganar en pertinencia conceptual– a partir del uso del *mapa oficial* para operar en el territorio de la salud o, para formularlo como problema de partida: ¿qué tan ajustados al territorio de la salud son los mapas que solemos utilizar para posicionarnos, visionar y operar en él?

2. Mapas y territorios sociales

Proponemos partir de algunas preguntas a los dichos del *sentido común*: ¿cuáles son los mapas que utilizamos más frecuentemente para conocer el *territorio de la salud*?, ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de “*sistema de salud*” del Estado? y ¿qué es lo que estamos suponiendo al hablar de tal “*sistema*”?

Responder estos interrogantes nos evoca un problema ontológico que tiende a naturalizarse apenas intentamos comprender el sector estatal dedicado a la salud. Es decir, cuando nos referimos al *sistema de salud*, solemos utilizar categorías impuestas desde la propia esfera estatal, categorías que connotan el modo en que el Estado piensa al sector salud y se piensa a sí mismo (vale decir, el modo en que el Estado *produce* al sector salud y se *reproduce* a sí mismo).

Pierre Bourdieu (1997) afirma: “Proponerse pensar el Estado significa exponerse a retomar por cuenta propia un pensamiento de Estado, a aplicar al Estado unas categorías de pensamiento producidas y avaladas por el Estado”. Nosotros entendemos que la reproducción acrítica de las categorías propuestas por el Estado no conduce a otra cosa que a su propia reificación. De este modo, el dominio simbólico del pensamiento oficial –el del Estado– se hace sentir muy fuerte, fundamentalmente debido a las representaciones que él mismo produce y a la disposición de *habitus* que nosotros disponemos para reproducir el funcionamiento de este sector mediante nuestros propios esquemas subjetivos¹. De ahí que lo que nosotros pretendemos sea, como punto de partida, una primera precaución que implica cuestionar el *mapa oficial* a partir de ponerlo en perspectiva reflexiva.

Las categorías que este mapa supone son: (a) la salud sobreentendida como un *sistema* de prestaciones configurado por una política de Estado; (b) como un conjunto de actores –el Estado, las instituciones de salud, las obras sociales y los usuarios finales, etc. –, y (c) como un conjunto de relaciones sistemáticas en función de la prevención, intervención y promoción de la salud.

Con este mapa en mano pretendemos ir más allá que afirmar “ahora estamos aquí”. Pretendemos una revisión crítica de los supuestos que están presentes cuando hablamos del pretendido *sistema de salud* –aproximándonos también mediante evidencia empírica a nivel municipal– y una revisión de su adecuación –de su ajuste a la realidad– para explicar el funcionamiento real del sector –el territorio salud–.

Y aún más. En caso de ser pertinente, pretendemos preguntarnos sobre la necesidad de construir nuevas “visiones” que nos permitan trazar mapas con mayor grado de adecuación.

3. Sobre el mapa más habitual

Presentado de manera más específica, el mapa trazado por el Estado –y reproducido socialmente por los medios de comunicación y el *sentido común*– supone la creencia² que todo el conjunto de infraestructura, prestaciones, recursos materiales y recursos humanos de salud son partes controladas, reguladas, englobadas e integradas en un sistema mayor denominado *sistema de salud*.

Si pretendiéramos determinar una teoría sustentadora de este *mapa oficial*, la que seguramente ocuparía el lugar de tamaño privilegio –ser *máquina productora de sentido social*– sería la *teoría general de sistemas*³.

Nosotros, más que presentar los supuestos metateóricos de esta perspectiva, pondremos sobre la mesa de trabajo los siguientes conceptos que entendemos como ideas fuertes en la aplicación de este paradigma a lo social:

□ **ORDEN:** En la reflexión moderna sobre el Estado podemos encontrar diferentes perspectivas y enfoques. Sin embargo, y más allá de las diferencias que estas perspectivas pudieran presentar, la gran mayoría de ellas parecería tener como denominador común el haber definido al Estado en función de su actividad como agente y garante del *orden social*. De esta manera, el Estado sería aquella entidad que mediante la implementación de políticas opera agenciando y *ordenando* las sociedades, *organizando* y *controlando* el funcionamiento social. Este punto, que ya había sido señalado por Emile Durkheim cuando atribuía un papel fundamental a *lo orgánico* y al Estado⁴, encontró rápidamente un lugar privilegiado en la *teoría general de sistemas* y sentó las bases de una herramienta gubernamental denominada *planificación normativa*⁵.

Al respecto, nosotros apuntaremos que todo intento de posicionamiento en el territorio de la salud, asociado a una perspectiva determinada por el uso del *mapa oficial*, conduce necesariamente a una observación⁶ en la que los elementos de infraestructura, las prestaciones, los recursos materiales y los

recursos humanos de salud aparecerían como *distribuidos orgánicamente* por El Estado.

En este sentido, el *mapa oficial* presupone una organización del sistema que excluye *ex ante* –por su propia lógica *organicista*– la existencia de espacios conflictivos, también productores y reproductores del *orden sistemático* entre los integrantes, y excluye una visión del Estado en tanto que espacio de negociaciones políticas.

□ **ESPACIO:** Claro que *distribuciones orgánicas* como las que nos hace ver el *mapa oficial* suponen espacios con *dimensiones enteras, distribuciones de elementos ajustados* –léase *normalizados*– *funcionalmente a líneas, copias o modelos*, ausencia de *extrañezas y/o de conflictos*. Sabemos que somos redundantes, pero lo cierto es que el *mapa oficial* induce a pensar que los espacios en que se asienta este sector son *perfectos y homogéneos* –paradigma cartográfico que pretende geografías bien definidas– mientras que, paradójicamente, la *descentralización, focalización y privatización* de las políticas neoliberales (Isuani, 1992) han conducido a una *diversificación, heterogeneización y complejización* de los espacios sociales (Castel, 1999), tendiendo a una fragmentación en la que sería *lógicamente imposible* distribuir *orgánicamente* los elementos. Por ejemplo ¿qué relaciones habría entre los canales por los que la sociedad expresa sus necesidades de salud y los canales por los que el Estado presta sus servicios? ¿Los límites espaciales entre los distintos agentes prestatarios –

hospitales, clínicas, salitas, fundaciones, ONG's, etc.– son bien definibles o son más bien *borrosos*?

□ **INFORMACIÓN:** El *orden* y la *distribución orgánica* de los elementos supuestos en el pretendido *sistema de salud* sólo serían posibles si un actor determinado –según el *mapa oficial*: el Estado– lograra eficientemente *extraer información* e *inyectar neguentropía*⁷ en el sistema del que sería regulador. La teoría que estamos revisando concibe sistemas de simplicidad organizada (*mecánicos*), de complejidad no organizada (*estocásticos*) y de complejidad organizada (*noológicos*)⁸. Entendemos que los sistemas sociales son *noológicos*; esto es, que sólo podrían ser modelables según el funcionamiento de sistemas lingüísticos. Las producciones teóricas de la teoría general de sistemas conciben a la “transferencia de información” como el proceso que *transforma ruido en información*. Ahora bien, más allá de todos estos señalamientos teóricos ¿es justamente el Estado el que extrae información e inyecta neguentropía *eficientemente* en la sociedad?, ¿es la sociedad actual un *sistema sin ruidos*? ¿la información funciona neguentrópicamente en el orden social (esto es: ¿la información inyecta orden en los sistemas sociales)? Nosotros, paradójicamente, hemos observado que en los registros oficiales la información se presenta de manera caótica. Queremos decir, más allá del sentido literal del adjetivo, que la información oficial se presenta de manera tan desordenada como si estuviera más del lado del *ruido* que de la *información* y, si fuera así, *el pretendido sistema orgánico habría quedado fuera de toda*

compresión posible, según los alcances de la *teoría general de sistemas*.

- **TIEMPO:** Por otro lado, el *mapa oficial* supone una concepción clásica del tiempo que, entendido como *patrón externo*, induce a pensar que los procesos sociales siempre se desarrollaran en circuitos métricamente determinados (Pacenza y Más, 2004). Nosotros creemos que la realidad social es más compleja que lo representable por esta visión y, por lo tanto, que si hablamos de espacios fragmentados –convertidos cada uno en *partes con temporalidades propias y existencias caóticas, dinámicas y paradójicas*–, no es tan difícil advertir múltiples temporalidades *movilizadas* del *supuesto sistema de salud*: tiempos políticos, institucionales, económicos, culturales, subjetivos de los propios actores, etc.

Como bien podría deducirse de estas observaciones, los tiempos y espacios sociales no son tan planos como pretendiera hacernos ver el *mapa oficial*. Antes bien, hablamos de *espacios estallados y fracturados* por temporalidades que funcionarían como dimensiones internas a los procesos sociales, procesos movilizados según lógicas de morfogénesis constante que funcionan creando orden desde el desorden social.

4. La demanda en salud y las dificultades para explorar el territorio de la salud mental en General Pueyrredon

A lo largo de este apartado incorporaremos los aspectos más relacionados con lo empírico que los abstractos considerados hasta aquí en relación a la salud mental en el partido de General Pueyrredon. Pero antes de comenzar intentaremos precisar algunas características del distrito: éste se ubica sobre el Mar Argentino, en la zona sureste de la provincia de Buenos Aires; su punto cabecera es la ciudad de Mar del Plata que, a comienzos de la presente década, contaba con una población estimada en 564.056 habitantes, distribuidos en una superficie de 1460 kilómetros cuadrados⁹.

Según los mismos registros, la población total estaba conformada por un 75% de nativos oriundos de la provincia de Buenos Aires, mientras que un 21% era nativo de otras provincias y el restante 4% originario de otros países.

Los indicadores sociodemográficos señalaban que un 10,9% de la población tenía NBI mientras que un 39,6% carecía de cobertura en salud (para el grupo etáreo de 65 y más años el valor relativo era de un 13,3%).

En lo que respecta a otros indicadores la tasa de escolarización para EGB tenía un valor de 94,3% mientras que para los niveles polimodal y terciario-universitario era de 56,6% y 21,7%, respectivamente. Mientras tanto, la tasa de analfabetismo se ubicaba en un valor de 1,1%.

Para el año 2003 la información sobre el tejido sanitario indica la existencia de cuatro establecimientos públicos y veintiséis establecimientos privados en el distrito. Los establecimientos del primer tipo cuentan con 624 camas disponibles mientras que los correspondientes al otro doblan esa cantidad hasta las 1230 unidades.

A nivel municipal, el Estado cuenta con uno de los presupuestos más importantes de la provincia de Buenos Aires, estimado para el ejercicio fiscal del año 2004 en

\$198.000.000, con un porcentual asignado a la salud de 5,3% del presupuesto total y una oferta de atención que varía según la complejidad, comprendida en unidades sanitarias, subcentros y centros.

Para aproximarnos a la demanda de salud de la población, presentaremos los pacientes atendidos durante el año 2003 por la estructura sanitaria municipal en el siguiente cuadro:

Servicios	Centros	Subcentros	U. Sanitarias	Total
Carnet de Conductor	31221	–	–	31221
Clínica Médica	5963	20978	30596	57537
Endocrinología	2521	–	–	2521
Pediátrica				
Ginecología	4296	8305	16439	29040
Medicina General	831	8218	31931	40980
Medicina Preventiva	8102	–	–	8102
Neurología	833	–	–	833
Odontología	14206	16051	15532	45789
Oftalmología	11551	–	882	12433
Otros Servicios	138653	185518	168993	493164
Patología Cervical	4292	3438	5268	12998
Pediatría	9207	23518	54266	86991

Salud Mental	12224	6621	6509	25354
Total	243900	272647	330416	846963

Cuadro 1: Pacientes atendidos durante el año 2003 (Fuente: Departamento de Información Estratégica Municipal de General Pueyrredón, en base a registros de Zona Sanitaria 8° del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires).

De esta manera una primer observación de los datos aquí presentados nos permite acceder a un primer nivel general de información sobre la magnitud de la demanda de salud local y, más específicamente, de salud mental. Como podemos observar, en la ciudad de Mar del Plata, los pacientes atendidos en salud mental representan un 3% de las prestaciones totales y, según la información presentada en el cuadro N° 1, la demanda de salud mental constituye el octavo servicio mas prestado en el último año.¹⁰

Desde que comenzamos el relevamiento exploratorio del campo sanitario local hemos encontrado algunas dificultades de forma, más allá de la excelente predisposición que han tenido nuestros informantes calificados en todo momento. Por todo lo que hemos señalado en los apartados anteriores, es lógico señalar que toda organización –inclusive la organización estatal– cuenta con sectores que tienen la función de administrar información relevante, al mismo tiempo que es esperable que un buen sistema de salud cuente con registros variados sobre los servicios prestados. Sin embargo, unas de las primeras dificultades con que hemos tropezado ha estado directamente relacionada con la información en tanto que producto (insumo para la toma de decisiones):

□ En primer lugar, nos ha resultado prácticamente imposible comparar los datos a lo largo del tiempo en la medida que, si bien para la información más actualizada contamos con registros similares a los del cuadro 1, ocurre que para el primer quinquenio de la década pasada el formato de los datos registrados es diferente. Por ejemplo, para los registros de 2004 la información sobre el tejido sanitario se presenta según (a) cantidad de establecimientos públicos-privados, (b) cantidad de camas disponibles y (c) registro de pacientes atendidos. Complementariamente, se presenta información sobre (d) la cobertura en tanto que indicador de salud. Por otro lado, y con un formato muy diferente, los registros de la década pasada presentan la información según (a') cantidad de establecimientos médico asistenciales –los estatales desagregados en nacionales, provinciales y municipales–, (b') cantidad de camas y (c') cantidad de médicos, mientras que se presenta, complementariamente, (d') la razón de habitantes por médico y (e') por cama –en los niveles provincial y municipal– como indicadores de salud. A esto agregamos que la comparabilidad tampoco puede ser lograda con los registros de 2000 ya que, si bien (a'') cantidad de establecimientos y (b'') cantidad de camas parecen ser las únicas constantes, pues ocurre que la categorización de servicios tiene tres modalidades menos en 2000, pero con información más exhaustiva y discriminada respecto a (c'') servicios prestados según nivel nacional –Instituto Nacional Rehab. P. del Sur e Instituto Nacional de

Epidemiología) y provincial –HIEMI, HIGA, Hospital Local Casa del Niño–.

En segundo lugar, la presentación de la información sociosanitaria del estado municipal se reduce a conteos de recursos como “cantidad de establecimientos públicos”, “cantidad de establecimientos privados”, “cantidad de camas”, “cantidad de médicos”, “cantidad de habitantes por camas”, “cantidad de habitantes por médico”, “cantidad de prestaciones prestadas”, “cantidad de personas con o sin cobertura social”, etc. por lo que el campo de problemáticas configurable a partir de preguntas posibles, y derivables de esos datos, es muy limitado y supondría preguntas como “¿con cuántos establecimientos de salud cuenta el partido de General Pueyrredón?”, “¿Cuántos de ellos son públicos y cuántos privados?”, “¿Qué cantidad de camas o pacientes hay en relación a la cantidad de habitantes?”, “¿Cuántas atenciones se realizaron según determinado tipo de servicio?”, entre otras. En nuestro parecer, con estas preguntas ni siquiera lograríamos un acercamiento medianamente sistemático al territorio sanitario local.

En tercer lugar, y siempre en lo relativo a déficit en la información registrada, hemos advertido que, por más que hubiéramos logrado construir datos en series de tiempo, pues su validez hubiera sido de todos modos cuestionable desde el punto de vista metodológico. Por ejemplo, en lo que respecta al registro de

servicios prestados presentados en el cuadro 1, la variable residual ("otras") acumula más del 50% de los casos.

5. Entre el deseo y la realidad

Ante estos problemas apostamos por explorar el territorio desde un punto de vista centrado en el análisis estructural más que en el distributivo, pretendiendo observar la interacción entre dos dimensiones claramente determinables. Por un lado, la organización *deseable o requerida*, fuertemente marcada por la organización que anhelan los actores, es aquella a la que se aspira formar, se diagrama y se sostiene como la ideal. Por el otro lado, la *organización real o existente* (Stolkiner y Contreras, 2000), que es aquella palpable por quien observa el funcionamiento de la organización a partir de las comunicaciones reales entre sus actores, el procesamiento social que de la experiencia hacen esos actores y el imaginario que los atraviesa.

La relación entre estos dos registros permite visualizar las incongruencias entre lo que se prescribe, en términos ideales, y el funcionamiento real, o, para ser fieles al título que nos ha inspirado este trabajo, entre mapas y territorios. En consecuencia, nosotros hemos implementado entrevistas en profundidad a informantes calificados y también hemos indagado el territorio a partir de la observación densa del campo institucional (Acevedo, 2000).

Tal lo esperado en nuestras primeras hipótesis, la puesta en confrontación entre ambos registros ha presentado importantes desajustes, que pueden presentarse agrupados en tres grandes tendencias:

□ Tendencia al desajuste entre las tareas prescritas y lo realizado. Es decir, lo primero que hemos observado es una tensión entre los cargos que ocupan algunas personas, sus funciones prescritas y el funcionamiento real que desempeñan. La improvisación no es la excepción sino que muchas veces es la norma. Las tareas prescritas a desarrollar por los profesionales del sector salud mental muchas veces no se inscriben en ningún plan ni en ninguna tarea coordinada, sino que implica poner en juego vivencias subjetivas, autopercepción del rol que cada uno cumple y valoración de la profesión y la tarea. Pero esto no significa que no existan intentos de explicitar las funciones, sino que prevalece la ausencia de claridad y la provisoriedad de tales definiciones. Esto se potencia aún más en el contacto cotidiano con la población: más allá de las funciones explícitas que deben cumplir por su trabajo, en muchos casos son definidas por el trabajador, existen ciertas funciones adicionales que surgen espontáneamente a partir del trabajo con la comunidad, produciendo un funcionamiento polivalente que muchas veces no está acompañado por los conocimientos precisos para resolver esos problemas. Es la distancia entre lo prescrito y lo dado en toda organización del trabajo.

□ Tendencia al funcionamiento escindido e incordiando entre las diferentes partes que componen la organización. Las divisiones departamentales del sector salud municipal tienen prescritas

relaciones de jerarquía y dependencia que hemos reconstruido y presentamos más abajo (ver figura 1). Sin embargo, el material recolectado en ambos registros nos ha permitido observar situaciones de superposición de jerarquías y ordenes (ejemplo: la persona X que se desempeña en la división B responde a las ordenes de la persona Z que se desempeña en el organismo C, en una línea de jerarquía menor), superposición de diferentes servicios sociales ante un caso específico (ejemplo: los profesionales de la salud A, B, C y D prestan servicio en un caso X sin que haya función de coordinación y/o sincronía entre ellos) o inclusive la ausencia de coordinación entre los mismos miembros de un mismo departamento.

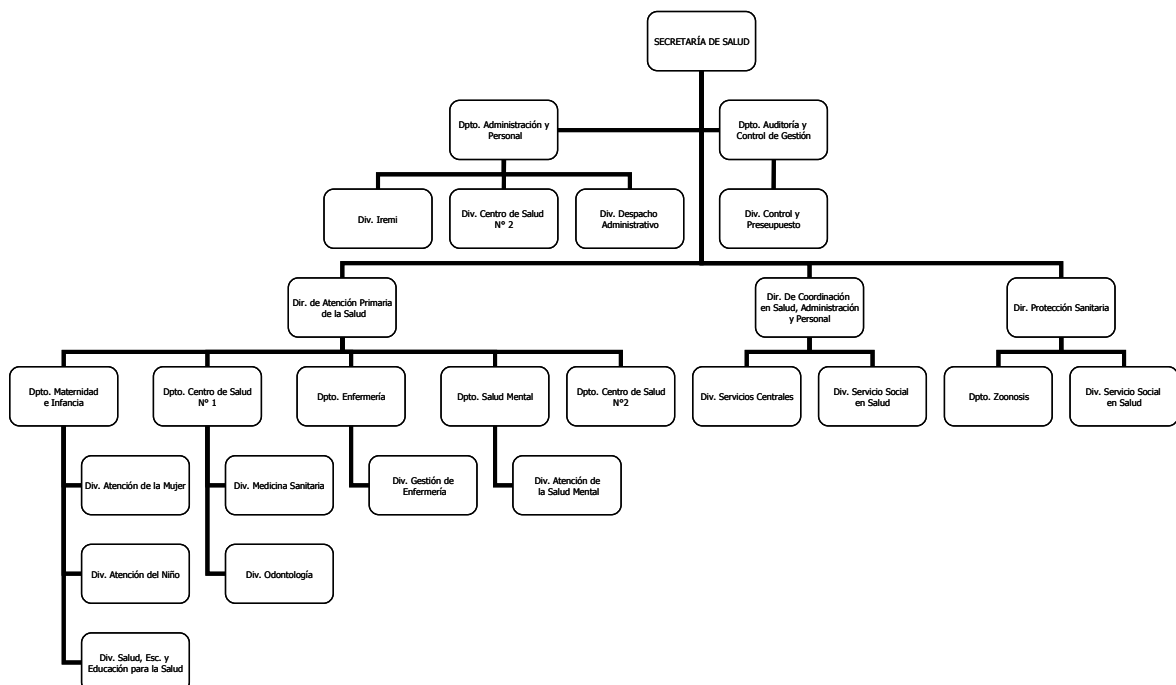


Gráfico 1: Organigrama de la Secretaría de Salud, Municipalidad de General Pueyrredón (Elaboración propia).

□ Tendencia al conflicto entre lógicas y creencias diferenciadas.

Una tercera observación, de carácter más conjetural que inferencial, nos ha llevado a postular la existencia de una fuerte tensión entre lógicas¹¹ y creencias¹² que operarían según diferentes órdenes – profesional, administrativo y político–, con diferentes lógicas y diferentes sentidos.

Somos conscientes que resulta muy dificultosa la tarea de determinar la estructura de estas lógicas y comunicarlas a nuestros lectores en unas pocas líneas, pues es evidente que su análisis merecería un estudio *per se*. Sin embargo, pretendemos dejar asentadas estas observaciones a modo de apuntes para la reconstrucción de una tipología que nos permitiera caracterizar analíticamente el comportamiento de estos tres actores que operan en el territorio¹³: (a) profesionales, (b) administrativos y (c) políticos.

El actor profesional, el conjunto de trabajadores de salud con estudios universitarios, opera guiado predominantemente por los criterios de *eficacia, operatividad y afirmación simbólica de la profesión* gracias a una intervención predominantemente racional e inspirada por los valores de científicidad.

El actor administrativo, en cambio, opera guiado predominantemente por los criterios de *eficiencia, formalización y afirmación de la imprescindibilidad*. Su intervención es en función de las formas y procedimientos prescritos, afirmando consecuentemente su

imprescindibilidad por ser poseedor del saber que controla las reglas del juego.

De esta manera, ambas lógicas chocan en puntos divergentes y esa relación se manifiesta en hechos cotidianos. Un ex-director del departamento de salud mental narraba, en una de las entrevistas realizadas, un hecho que puede graficar este planteo: *“El problema era que yo formulaba el pedido según las reglas formales y éste nunca salía. Varias veces me remití al departamento administrativo para ver qué pasaba pero, como tenía problemas con quien en ese momento ocupaba la jefatura del departamento, sistemáticamente cajoneaban mis pedidos. Entonces no me quedó otra que pasarlos por arriba y hablar directamente con el secretario de salud.”* No hay mucho más que decir: la afirmación de imprescindibilidad puede ser bien efectiva, pues implica la posesión de un poder específico de posibilidad (que está un paso antes de toda realización).

La política no guarda para sí una lógica particular sino que implica una lógica de la supervivencia. Pero también es cierto es que lo esperable sería que regulara el funcionamiento de las otras dos lógicas cuando, en realidad, lo que hace es contribuir al aumento de la tensión entre ellas: el Estado está del lado del orden –del lado de la resistencia al cambio– y la política, en consecuencia, del lado de la cristalización y reificación de la tensión entre los otros dos (la lógica del funcionamiento de los funcionarios políticos se caracteriza en la actualidad por expresar las tensiones propias del mundo de la política).

Proponemos que es clave el papel que tendría la crisis de representación que transitan los políticos en la actualidad: el funcionario político debe demostrar que está capacitado para llevar adelante la función esperada y una misión normalmente asociada a la persecución de un *bien común*¹⁴, al que se le exige la responsabilidad de rendir cuenta de sus decisiones. De esta manera, más allá de su voluntad o determinación personal, el funcionario político encuentra un condicionante permanente en su accionar, pues su lógica está muy influenciada por la creencia de ser constantemente evaluado (cuya aprobación es la garantía más importante para la continuidad de su gestión). Por lo tanto, un primer elemento a la hora de realizar tareas y tomar decisiones importantes, es el criterio de responsabilidad, entendido éste como la obligación de rendir cuentas de actos y decisiones, en función de ganar legitimidad para la posición ocupada.

Un segundo rasgo que del funcionario político se desprende del punto anterior y está caracterizado por la idea *gestión de tareas y resolución de problemas*. Y es que, dado que la misión esperada en el funcionario político es perseguir el *bien común* –o el *bienestar* general–, pues este funcionario político tendrá como problema clave la organización del cuerpo administrativo y profesional más adecuado –*eficaz y eficiente*– para llevar adelante su objetivo, para lo que buscará disponer de los recursos existentes y gestionarlos de la manera más efectiva.

En cierto sentido su posición estará situada por encima de las partes pero, llegado el caso, puede ocurrir que el funcionario político entrará

en conflicto con los cuerpos administrativos y/o profesionales al intentar organizar a las partes en función del plan de gobierno, entonces el poder de toma de decisión le quedará reservado a él. Por último destacaremos otro criterio: la búsqueda permanente de la afirmación de su legitimidad en el *origen*. Esto es, el cumplimiento efectivo de las tareas esperadas –anunciadas en campaña política– que implica que la resolución de los problemas planteados aumentará la legitimidad del funcionario político en cuestión. Y nosotros llegamos a pensar que éste constituye un objetivo en sí mismo.

6. Nada se pierde, pero no todo se transforma

Por cierto, la aplicación de la *teoría general de sistemas* a lo social parece dejar fuera de visión demasiados “sectores” y “acontecimientos”, a la vez que daría lugar a una creencia tan frecuente como inválida de nuestros tiempos: identificar al *orden social* con el *orden estatal*.

Quizás una de las limitaciones más grandes que adolece este paradigma –por lo tanto, las observaciones y mapas propuestos desde su perspectiva– sea la no comprensión del peso que tendría el *poder* en la constitución del *orden* y del *desorden social*. Todo parece indicar que el equilibrio deseado entre las partes del pretendido *sistema* no podría auxiliarnos cartográficamente en la orientación y ubicación en que nos encontramos cuando nos internamos en el *territorio real de la salud*.

La diferenciación entre las partes y sus instancias de negociación –y de conflicto– no pueden ser pensadas desde una lógica de manejo racional y normativo sin que podamos evitar indeterminarlas. De ahí que, en lo social, nada de lo real se pierda, pero no todo se articule en información (no todo el *ruido* es transformable en *información*)

Todo parece indicar que el territorio que nos convoca no sería tan homogéneo, orgánico, equilibrado ni perfecto como tiende a representar el *mapa oficial* sino que, más bien, “ahora nos encontraríamos” en un territorio donde habría más “accidentes” geográficos que los esperados. Y es que, probablemente, comenzar a comprender semejantes diferencias entre lo esperado y lo real nos permita una aproximación más adecuada a un territorio tan social como humano, tan público como servicial, tan paradójico como real.

7. Bibliografía

Bourdieu, P. (1997). *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1985) *El antiedipo: capitalismo y esquizofrenia*, Buenos Aires: Editorial Paidós.

De Ipola, E. (1997) *Las cosas del creer*. Buenos Aires: Editorial Ariel.

Testa, M. (1993) *Pensar en salud*. La Plata: Ediciones Nueva Visión.

Isuani, A. (1992) “Política social y dinámica política en América latina ¿Nuevas respuestas para viejos problemas?”, en *Revista Desarrollo Económico*, Buenos Aires, Vol. 32 Nro 125.

Castel, R. (1999) *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Ibáñez, J. (1990) "Investigación social de segundo orden", en Ibáñez, J. (comp.) *Nuevos avances en investigación social*. La investigación social de segundo orden. Barcelona: Editorial Anthropos.

Pacenza, M. Y Más, F. (2003) "Implicaciones derivadas del uso de trayectorias laborales en investigaciones sociolaborales de graduados universitarios", En Pacenza, M. Y Cordero, S. (comp.) *Universidad y sociedad. Trayectorias laborales de los psicólogos egresados de la UNMDP*. Buenos Aires: Ediciones Suárez.

Stolkiner, A. y Contreras S. (2000) "Reforma en salud y subjetividad de los trabajadores del sector: estudio de caso", ponencia presentada en el IV congreso de ALAMES, Cuba.

¹ Seguimos en este punto a Bourdieu: "si el Estado está en condiciones de ejercer una violencia simbólica es porque se encarna a la vez en la objetividad, bajo forma de estructuras y mecanismos específicos, y en la subjetividad; o, si se prefiere, en los cerebros, bajo forma de estructuras mentales de percepción y de pensamiento", Cfr. Bourdieu (1997). pp. 95-96.

² Entendemos por creencia el asentir y dar por válido alguna cosa sin visualizar su validez o veracidad. Emilio de De Ipola ha planteado la importancia del estudio de las creencias que se encuentran en un grupo determinado para comprender los rasgos que este asumirá: "Hacerla comparecer explícitamente (a la creencia) implica riesgos, puesto que equivale a poner sobre la mesa el fundamento mismo del pacto originario que instituyó al colectivo como tal. Cada uno reconoce a los otros y es reconocido por ellos en tanto asume esa creencia". Cfr. De Ipola (1997).

³ Si bien la noción de *sistema* es antigua, casi tan antigua como la filosofía europea, es a partir de lo que se conoce como *teoría general de sistemas* que cobra vigor e impacta fuertemente en las disciplinas sociales. Esta teoría, planteada mediados de la década del 50 por Ludwing Von Bertalanffy sostiene, entre sus concepciones más importantes, un postulado que implica la adopción y reformulación del *dictum* Aristotélico que "el todo es mas que la suma de sus partes". De esta manera, la comprensión del todo como un sistema implica el conocimiento, tanto de sus partes como de las relaciones existentes entre ellas, estableciendo así las propiedades de *totalidad, suma, crecimiento, competición, alometría, mecanización, finalidad y equifinalidad...* leyes y modelos de los diferentes sistemas y de sus interrelaciones entre si.

⁴ Extendamos la metáfora orgánica aplicada a lo social: las sociedades tenderían a evolucionar desde estructuraciones más tradicionales hacia estructuraciones más complejas. En el caso de Durkheim, esto supone el pasaje de grupos o sustratos humanos regulados por el tipo de *solidaridad mecánica* a sociedades reguladas fundamentalmente por un tipo de *solidaridad orgánica*: El funcionamiento orgánico implica una "maduración" que, en combinación con un proceso más cuantitativo que podríamos llamar "crecimiento", dinamizarían los procesos de "desarrollo" de las sociedades. Desde esta perspectiva el papel del Estado para el desarrollo de las sociedades sería tan importante como lo es el Sistema Nervioso Central para el desarrollo de los organismos.

⁵ Sobre la relación entre planificación normativa y teoría de sistemas cfr. Testa (1993).

⁶ Toda observación está cargada de teoría de modo que siempre observamos desde un paradigma y, en este sentido, toda observación está sesgada de naturalización, cristalización, habitualización y *habitus*.

⁷ El concepto de información articula dos significados: uno semántico *-informar* es extraer información de- y uno pragmático *-informar* también es dar *forma*, inyectar neguentropía- (Cfr. Ibáñez, 1990).

⁸ En los sistemas *mecánicos* todo es información, en los *estocásticos* todo es ruido y en los *nodológicos* se conjugan información y ruido (Cfr. Ibáñez, *Ibíd.*)

⁹ Sobre la fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991-2001, INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

¹⁰ Según las estadísticas oficiales, habría una marcada tendencia a la caída de la demanda de salud mental en la población de General Pueyrredon. Sin embargo, quienes ofrecen las estadísticas oficiales no coinciden con lo que expresan los

trabajadores del sector. Pensamos que la explicación de esta situación debe encontrarse en otro lado: en que asistimos a un subregistro de la información asociado a una gestión de la demanda.

¹¹ Entendemos por lógica a una serie ordenadas de ideas y razonamientos

¹² .Entendemos por creencia el asentir y dar por valido alguna cosa sin visualizar su validez o veracidad. Emilio de De Ipola ha planteado la importancia del estudio de las creencias que se encuentran en un grupo determinado para comprender los rasgos que este asumirá: "Hacerla comparecer explícitamente (a la creencia) implica riesgos, puesto que equivale a poner sobre la mesa el fundamento mismo del pacto originario que instituyó al colectivo como tal. Cada uno reconoce a los otros y es reconocido por ellos en tanto asume esa creencia". Cfr. De Ipola (1997).

¹³ La existencia de una lógica política propia de los funcionarios políticos, la administrativa de los trabajadores de carrera sin estudios profesionales y la de una lógica profesional sostenida por los trabajadores profesionales no implican exclusividad en una de ellas. Más bien, su tendencia es a inscribirse predominantemente en una de ellas en tanto que tipos lógicos tal como lo presenta la metodología weberiana.

¹⁴ La relación entre la política, ética y moral es tan antigua como el pensamiento filosófico occidental. Desde Platón hasta Marx, pasando por Maquiavelo o Hobbes, la reflexión entre la política, sus implicancias éticas y su dimensión moral, ha ocupado el centro del debate de la filosofía política, y aun esta lejos de clausurarse.

En la actualidad mas allá de la opinión que merezca el desempeño de las acciones llevadas adelante por quienes gobiernan en los diferentes niveles, la sociedad demanda o prescribe a los políticos que su objetivo es perseguir la idea metafísica de bien común o lo que es igual gobernar en función del bienestar general.