

# El uso de la comunicación en los procesos de cambio de las organizaciones de salud

Argentina, 2016<sup>1</sup>

## Autoras

Bruno, Daniela [danielapaolabruno@gmail.com](mailto:danielapaolabruno@gmail.com)

Demonte, Flavia [flaviademonte@yahoo.com.ar](mailto:flaviademonte@yahoo.com.ar)

Jait, Andrea [andreaait@yahoo.com.ar](mailto:andreaait@yahoo.com.ar)

## 1. Introducción

*El contexto no es lo que nos rodea, sino lo que nos hace. Estamos siendo, junto, contra, desde, con otros.  
Nunca escindidos.*

Sandra Massoni (2007)

Elegimos abrir este capítulo con la frase de Sandra Massoni para enfatizar en el carácter *situado* de esta reflexión sobre la comunicación en las organizaciones y redes de servicios de salud. Somos comunicadoras sociales que desde inicios de la década pasada nos desempeñamos profesionalmente en diferentes organizaciones del campo de la salud aunque, fundamentalmente, en el Estado (a escala Nacional, Provincial y Municipal o local). Nuestra trayectoria de trabajo en el sector salud coincidió con un momento político en que el Gobierno nacional<sup>2</sup>, lo mismo que otras naciones latinoamericanas, apostó decididamente por la importancia geopolítica de la Región, a la redistribución del ingreso, al desarrollo del mercado interno y al resurgimiento del Estado regulador y garante de los derechos de la ciudadanía. En el ámbito sanitario, esta apuesta se tradujo en el desafío de garantizar la universalidad del derecho a la salud, reencauzando las políticas públicas para la mejora de las condiciones alimentarias, de vivienda, educación, trabajo y previsión social. En ese contexto, la comunicación comenzó a institucionalizarse como una dimensión estratégica de las políticas sanitarias. En 2009 se crea en el ámbito del organismo rector de la política sanitaria, el Ministerio de Salud de la Nación, un área específica con competencias de rectoría a nivel nacional: la Coordinación de Información Pública y Comunicación (CIPyC) cuyo

---

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte del libro Comunicación y salud / coord. por Ubaldo Cuesta Cambra, Carmen Peñafiel Saiz, José Luis Terrón Blanco, Edilson Bustamante Ospina, Sandra Gaspar Herrero, Editorial Dextra, España.

<sup>2</sup> Nos referimos a la gestión presidencial de Néstor Kirchner (2003-2007) y a las dos gestiones de Cristina Fernández de Kirchner (2008-2011 y 2012-2015).

desarrollo fue objeto de algunos análisis publicados en revistas científicas especializadas en este campo<sup>3</sup>.

Si bien el tiempo transcurrido no es suficiente para formular aseveraciones concluyentes, las decisiones de políticas públicas adoptadas por la gestión que asumió el gobierno a fines del año 2015<sup>4</sup> nos indica que el contenido de la salud pública, muy probablemente, se orientará en los próximos años en sentido opuesto a la profundización de la universalidad, la equidad y la mejora de la calidad de atención.

Este trabajo quiere ser un aporte crítico de las matrices de pensamiento que hoy hegemonizan los modelos de atención a la salud, no sólo a nivel de los establecimientos y redes de servicios, sino también al nivel de la gestión organizacional y el trabajo. En el punto 2 caracterizamos el complejo campo de la salud, y particularmente nos referimos al gerenciamiento administrativo preventivo que rige las prácticas de atención en salud y a la particular inscripción y funcionalidad de la comunicación en ese marco. Como explicamos en el punto 3 el cambio en los modelos de atención a la salud “crece desde el pie”, a partir del soporte, la direccionalidad y la potencialidad del trabajo como micro práctica y proceso relacional en un espacio situacional específico. Partiendo de lo que los trabajadores efectivamente *hacen* es posible pensar organizaciones de salud gerenciadas de un modo más colectivo y centradas en los usuarios/as, además de procesos de trabajo cada vez más compartidos y virtuosos. La metáfora de las organizaciones como redes conversacionales desarrollada en el punto 4 nos habilita a pensar que uno de los aportes fundamentales de la comunicación como tecnología de intervención para el cambio organizacional consiste en la reinscripción de dichas redes conversacionales en narrativas sobre futuros deseables, posibles y compartidos que contengan y den sentido. En el punto 5 esbozamos algunos principios de este abordaje comunicacional a la vez que advertimos sobre los alcances y limitaciones de cambios organizacionales en establecimientos y redes de servicios sin un correlato en la macro política en salud.

---

<sup>3</sup> Nos referimos a los artículos de Bruno, D.; Zapesochny, V.; Jait, A.; Tufro, L.; Casullo, C. y Deguer, C. (2011) Mapeo Nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina y de Bruno, D.; Zapesochny, V.; Huarte, C.; Jait, A.; Tufro, L.; Sandomirsky, M. y Aragues, A. (2013) El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud, publicados ambos en la *Revista de Comunicación y Salud*, Instituto Internacional de Comunicación y Salud (INICyS), Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) y Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la Universidad Complutense de Madrid; 1 (2) y 3 (1) , respectivamente. Disponibles en <http://www.revistadecomunicacionysalud.org>.

<sup>4</sup> Nos referimos a la gestión de gobierno del actual Presidente de la Nación Argentina Mauricio Macri.

## 2. La complejidad del campo de la salud

Un amplio conjunto de factores hacen del sector salud un campo extremadamente complejo<sup>5</sup>. Uno de los factores que contribuye a esa complejidad es el perfil epidemiológico que reúne -por lo menos en los países en desarrollo- enfermedades no transmisibles de tendencia crónica junto a enfermedades transmisibles, configurando, tal como plantea Spinelli (2011), verdaderos “mosaicos epidemiológicos”.<sup>6</sup> Más allá de las particularidades de los diferentes tipos de problemáticas de salud, todas tienen entre sus raíces causales a las desigualdades sociales que se manifiestan en la falta de efectivización de derechos (empleo, vivienda, educación, agua potable y saneamiento básico), generando pobreza, y el consecuente deterioro de la situación de salud de los sectores sociales que más la padecen, ya que son los que enferman más, ven en mayor medida convertir en crónicos sus problemas de salud, y mueren antes.

Ahora bien, el modelo biomédico de atención imperante, basado en la oferta intramural<sup>7</sup> de servicios asistenciales, curativos e individuales resulta inoperante para dar respuesta a esa compleja trama de problemáticas de salud en la que las *viejas* enfermedades, y las crónicas no transmisibles se conjugan además con la expansión del abuso del alcohol y drogas ilegales, la desprotección de la niñez y de la vejez, y la violencia. Pese a que en los últimos años se ha intensificado su cuestionamiento, el modelo no es sencillo de desarticular dado que es resultante de una configuración francamente consolidada a lo largo de todo el siglo XX a partir del desarrollo de una serie de instituciones, aspiraciones y compromisos que fueron reafirmando a la salud como equivalente a atención médica. Ya en las primeras décadas de ese siglo el Informe Flexner<sup>8</sup> había establecido como bases científicas de la enseñanza y práctica médica, a las ciencias biológica y

---

<sup>5</sup> Spinelli (2011) plantea que la alta concentración de capital económico, los problemas de financiamiento, la corrupción macro y micro, las estructuras administrativas arcaicas en el Estado, las bajas capacidades de gobierno/gestión, la falta de regulación en la formación de profesionales, el significativo número y autonomía de los profesionales constituyen los principales factores que hacen a la complejidad de dicho campo.

<sup>6</sup> El concepto de mosaico epidemiológico expresa según Spinelli (2011) la coexistencia -en distintos espacios sociales: una misma provincia, ciudad, barrio o incluso manzana- de perfiles epidemiológicos propios del primer y tercer mundo.

<sup>7</sup> Nos referimos a los servicios que se ofrecen/brindan al interior de los establecimientos de salud que, de acuerdo con el modelo imperante, funcionan bajo una lógica que no considera las acciones de abordaje comunitario y territorial que pueden y deben realizar en función de la estrategia de atención primaria de la salud que implica ir a donde las poblaciones viven, trabajan y/o estudian.

<sup>8</sup> Nos referimos al informe que el médico norteamericano Abraham Flexner produjo en 1910, sobre la educación médica en EE.UU. y Canadá, de gran impacto en el diseño curricular de la educación médica mundial en el siglo XX. Para Rovere (2014) ese impacto fue amplificado además por los descubrimientos de Pasteur y de Koch que abonaron la perspectiva positivista de Flexner, situando a las bases científicas de la medicina en el laboratorio, lejos del acontecer político, económico e ideológico de la sociedad.

física; excluyendo del quehacer científico toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades y consolidando un enfoque esencialmente positivista de la enseñanza, la investigación y la práctica. Las escuelas de medicina privilegiaron esa perspectiva en la formación, y merced al apoyo de instituciones de gran poder como la corporación médica y la industria químico-farmacéutica, ese enfoque cobró absoluta hegemonía en la salud pública. Desde entonces, la construcción de la enfermedad como un problema biológico –que derivó en la creencia en la capacidad biomédica de otorgar solución a todos los problemas– la fue situando como eje del sistema, el que además se desarrolló alrededor de su diagnóstico. La generación de cuantiosas especialidades y subespecialidades y la consolidación de la medicina como profesión liberal, en conjunción con la expansión de las industrias farmacéutica y de equipamiento diagnóstico-terapéutico, fueron conformando sistemas de salud focalizados en la asistencia médica hospitalaria especializada en la enfermedad individual y relegando cualquier acción sobre los entornos sociales.

Como respuesta a la crisis sanitaria mundial derivada de la ineficaz cobertura de los sistemas de salud existentes -burocratizados, caros y desigualmente distribuidos-, la Conferencia Internacional de Alma Ata propuso en 1978 a la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia más adecuada de atención integral de los problemas de salud-enfermedad, mediante la integración de la asistencia, la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación. Pero en gran medida la APS fue implementada de modo selectivo y hasta marginal no sólo por la hegemonía de modelos hospitalocéntricos en los que la inversión pública, la tecnología y el prestigio siguieron concentrados en los efectores de mayor nivel de complejidad. También influyó el hecho de que los componentes políticos de la APS, aquellos mayormente orientados al fortalecimiento de las acciones colectivas sobre los determinantes sociales (participación social, intersectorialidad), fueron acotados y normatizados, lo que esterilizó el potencial transformador de esta estrategia (Rovere, Fuks, Bertolotto, Bagnasco & Jait, 2011).

De este modo, la promoción del protagonismo de los sujetos en las decisiones que afectan su salud y calidad de vida se despojó de la dimensión colectiva para situarse en una permanente apelación individual a la adopción de conductas preventivas, expresada a través de una extensa nómina de cuidados indispensables para mantener adecuados niveles de salud (papanicolaou, mamografía, colonoscopia, factores de riesgo cardiovascular, vacunación, alimentación saludable, actividad física, ambientes libres de humo de tabaco, cesación tabáquica, etc.)

Así, el énfasis en la máxima “prevenir es mejor que curar” hace de la noción de riesgo en salud, el epicentro en torno del cual gravitan las normas de conducta que prescribe. En ese sentido, Castel (1986) afirma que en los últimos años se viene produciendo un desplazamiento de las intervenciones curativas terapéuticas hacia un gerenciamiento administrativo preventivo de las poblaciones de riesgo, aliado a estrategias de promoción de la salud, que nos instan a desplegar un trabajo destinado a la producción de cuerpos saludables, eficientes y adaptables. Caponi (2006) reafirma este planteo, al señalar que la prevención ya no se orienta a evitar peligros concretos para un individuo o grupo, sino que es concebida como un “mapeo de riesgos” en el que prevenir es ante todo vigilar y anticipar la emergencia de acontecimientos indeseables -enfermedades, anomalías, conductas desviadas- en el seno de poblaciones detectadas como portadoras de riesgo. Esta concepción dominada por el énfasis en los estilos de vida individuales, enmascara la multiplicidad de condiciones -sociales, económicas y culturales- de las que depende la salud, ocultando desigualdades sociales. Y, además, genera un fenómeno conocido como medicalización -la expansión del dominio de la medicina a cuestiones que en el pasado no se concebían como entidades médicas- que presenta como enfermedad cualquier situación de la vida que comporte limitación, dolor, pena, insatisfacción o frustración (lo que podríamos definir como *enfermedades inventadas*); que equipara factores de riesgo con enfermedades y que amplía los márgenes de enfermedades (que sí lo son) aumentando así su prevalencia (Márquez & Meneu, 2007).

Precisamente la permanente advertencia acerca del extenso conjunto de amenazantes riesgos sanitarios, y consecuentemente la continua apelación a conductas preventivas ha generado una creciente demanda de intervenciones comunicacionales en el campo de la salud pública. En el marco de ese gran énfasis preventivo, los desarrollos comunicacionales se han concentrado mayormente en el diseño de campañas culturalmente adecuadas para inducir a adoptar comportamientos y prácticas saludables, mientras que –como señalan Bruno, et al. (2013) y Bruno, et al. (2011)– resta dimensionar aún la potencia de la comunicación para transformar la cultura organizacional, crear y recrear otros sentidos posibles y mejorar las interacciones con interlocutores, públicos de interés y ciudadanos.

Afortunadamente, la atención de la salud es claramente un proceso relacional en que la interacción entre usuarios y trabajadores y equipos de salud conlleva la potencialidad no sólo de construir un vínculo facilitador del cuidado sino también de plantear otra dinámica en la cultura organizacional

que posibilite hacer frente a esa configuración medicalizante que vuelve, una y otra vez, a situar a la salud con núcleo en la enfermedad, lo individual y lo biológico. En ese sentido, más allá de la situación de clase social o étnica, como plantea Menéndez (2011), los individuos y grupos sociales manifiestan de modo permanente comportamientos totalmente activos respecto del cuidado de su salud: formulan explicaciones causales sobre sus padecimientos, utilizan diversos saberes y formas de atención para prevenir, curar y/o aliviar los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios. Su rol es tan central que la antropología médica señala a los individuos como el primer nivel de atención de salud. Pero además, permanentemente en el cotidiano de cada comunidad se organizan iniciativas de apoyo para resolver problemas de salud, que muchas veces -afirma Vasconcelos (2011)- reorientan el carácter individualista, biologicista y autoritario de las prescripciones médicas y estructuran cuidados y tratamientos para muchos padecimientos que no llegan a los servicios de salud o que se alejan de ellos frustrados por los resultados. Las conversaciones que se producen en el marco de esas prácticas solidarias son espacios centrales de elaboración dialogada de sentidos respecto del cuidado de la salud, sólo que son escasamente percibidos y valorizados por los equipos de salud (Vasconcelos, 2011).

Por otra parte, las singulares características del proceso de trabajo en las organizaciones sanitarias, como la alta autonomía que caracteriza a la labor de los equipos de salud, también posibilitan plantear alternativas a ese modelo. Como asevera Spinelli (2011), los trabajadores pueden usar su conocimiento –poder técnico– e implicarse con la organización, lo que permite marcar diferencias en la calidad del trabajo y del vínculo con la población usuaria.

En síntesis, creemos que esta particular complejidad que caracteriza al escenario de la salud nos impulsa a repensar los marcos interpretativos que hegemonizan las prácticas de la comunicación, a fin de situarnos en un marco más amplio e integrado, comprensivo de los contextos, actores, saberes, capacidades, recursos y sentidos a fin de favorecer una comunicación organizacional que potencie la construcción colectiva por parte de usuarios y trabajadores en pos de alcanzar una mejor situación de salud para los conjuntos sociales.

### **3. La singularidad de las prácticas del trabajo en salud**

Como hemos dicho, este complejo contexto nos obliga a imaginar otras maneras de *hacer* en las organizaciones y en las redes de servicios de salud. La clave está en partir de las prácticas porque en la singularidad de las mismas podemos encontrar indicios que nos permitan pensar en el cambio

organizacional. Recuperamos en este sentido lo conceptualizado por Spinelli (2011), Franco y Merhy (2009), Merhy (2006) y Campos (2001) para comprender las prácticas en las organizaciones y servicios de salud y luego imaginar posibles intervenciones comunicacionales. Por ello, aunque nos ubicaremos primordialmente en la organización y/o servicio de salud, nos referiremos al trabajador en salud, categoría que expresa el *hacer* y que integra de este modo a todas las personas que trabajan en salud en sus diferentes funciones, tareas, niveles y jurisdicciones.

El planteamiento desde el cual partimos no es el clásico vertical descendente donde se trabaja con la base de la organización en la misión (la razón de ser de la organización) y visión (la imagen que la organización se plantea como ideal, como expectativa a cumplir) a partir de la cual el trabajador de esa organización es un sujeto que sin reflexionar sobre su práctica, debe llevar adelante un cambio que se pensó y proyectó en otro lado. Proponemos pensar el cambio partiendo de las prácticas y de los sentidos que los trabajadores le dan a sus prácticas. Tal como lo plantea Spinelli (2011), esta propuesta contradice la visión clásica sobre las posibilidades de cambio organizacional: “no es posible hacer estos cambios sólo desde el gobierno y la gestión sino también desde los espacios cotidianos - situación diría Matus (2007) - donde el trabajo y el trabajador y los usuarios (agrega luego) tienen un rol central (Spinelli, 2011: 40-41). La propuesta de Spinelli implica una secuencia (trabajo, organización, gestión y gobierno) que, si bien no excluye la secuencia clásica (gobierno-gestión-organización-trabajo), enfatiza en el cambio basado en la acción que se expresa en el trabajo considerado como “micropráctica”, un proceso relacional desarrollado en un espacio situacional. Es allí donde algunos autores, como Franco y Merhy (2009), ubican el soporte, la direccionalidad y la potencialidad para producir una política en otros niveles (la macropolítica).

Pero, volviendo al trabajo, coincidimos con la mirada que proponen Franco y Merhy (2009): no miramos el mundo del trabajo como un mundo donde el trabajador está totalmente capturado por las estructuras que lo definen y determinan su modo de actuar. Núcleo del pensamiento tecnocrático es la tentativa de reducir personas a la condición de objeto no pensantes y no deseantes (Campos, 2001). Por el contrario, miramos el mundo del trabajo como una micropolítica la cual, de acuerdo con Merhy, Feuerwerker y Ceccim (2006) nos permite partir de la idea de que somos, individual y colectivamente, producidos pero también productores en nuestros modos de actuar y en nuestros procesos relacionales. Tampoco miramos el mundo del trabajo como un lugar de consensos y acuerdos. Por el contrario, el mundo complejo del trabajo es el lugar de la multiplicidad, de lo

diverso y de la diferencia, de la tensión y de la disputa. Es imprescindible desmitificar la idea de que el ambiente de trabajo es armónico en sí mismo; debemos reconocer la diversidad, los procesos de formación de las subjetividades en esos espacios (y en otros que los trascienden). Y es por ello que el trabajo en situación adquiere importancia. Siguiendo al mismo autor, el mundo del trabajo en salud se nos revela como un lugar permanentemente tenso entre lo previsto y lo imprevisto, entre el control y la autonomía, entre el aprisionamiento y la libertad, entre la ética y la moral, entre el capital y el trabajo, entre lo político y lo técnico, entre lo pedagógico y lo organizacional, lo subjetivo y la subjetivación, y así sucesivamente. El mundo del trabajo, finalmente, revela los afectos, la potencia productiva y la riqueza de la praxis.

Mirar el trabajo en situación es una invitación interesante. No obstante el trabajo no suele ser el punto de partida de las tecnologías de cambio organizacional<sup>9</sup>. Resulta significativo porque como afirma Poccioni (2007), los trabajadores no están *dentro* de las organizaciones, *son* las organizaciones; son los artífices del cotidiano de las organizaciones de salud, dirán Franco y Merhy y (2009). Esta omisión problemática podría explicarse por tres falsos supuestos que operan en las organizaciones y, a la vez, en los trabajadores. Según Spinelli son: la falsa concepción del sujeto, ya que se le concibe como sujeto cartesiano (sujeto dividido en cuerpo y alma); la falsa concepción del trabajador, ya que se le concibe como un trabajador manual; y la falsa concepción de la organización, ya que se la concibe como una estructura piramidal, una burocracia mecánica en el lenguaje de Mintzberg (Spinelli, 2011). En lo que respecta al segundo falso supuesto (que es el que nos interesa particularmente problematizar aquí), el campo de la salud tiene características propias en las que sustenta su singularidad y complejidad: los trabajadores tienen una muy alta autonomía en los procesos de trabajo y gestión. Por ello cualquier intervención orientada a transformar las prácticas en salud y las dinámicas de funcionamiento de las organizaciones y las redes de servicios de salud, exige necesariamente el involucramiento de quienes sostienen dichas organizaciones (los trabajadores) y les imprimen identidad (lo que las organizaciones son en realidad) a partir de las prácticas que en ellas se realizan. Franco y Merhy también lo afirman categóricamente: “cualquier organización no se moviliza solo por las leyes que intentan regir su funcionamiento. Ella se desvía y entra en actividad basándose en el rico y poderoso proceso de actividad de los propios sujetos involucrados. Podemos pensar que un hospital, una clínica o un equipo de salud familiar tienen una

---

<sup>9</sup> Aun cuando hoy el trabajo es el componente central de la vida de los sujetos y definitorios de su subjetividad.

dinámica que opera en un ritmo intenso de actividad, sustentada por el trabajo cotidiano” (2009: 186).

Por lo tanto, el trabajo en salud, y el rol jugado por la comunicación en él, no es una categoría aislada del contexto productivo y relacional. El trabajo emerge a partir de la acción de los sujetos y se estructura no como un acto congelado en el espacio-tiempo de una organización, servicio o equipo de salud, sino como un proceso que es dinámico, que se modifica y es atravesado por diversos intereses, tantos cuantos sean los sujetos que interactúen en la tarea emprendida. En otro artículo el autor, junto con otros, sostiene que “los servicios de salud, entonces, son escenarios de la acción de un equipo de actores, que tienen intencionalidades distintas en sus acciones y que disputan el sentido general del trabajo. Actúan haciendo una mezcla, no siempre evidente, entre sus territorios privados de acción y el proceso público de trabajo. El cotidiano, por lo tanto, tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas privadas de cada trabajador” (Merhy et al., 2006: 151). Esto se pone de manifiesto en la práctica biomédica, aunque ello no es exclusivo de la misma. Según Merhy et al. (2006: 151) “para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un "maletín tecnológico”<sup>10</sup>, compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos, normas y estructuras organizacionales, etc.; las tecnologías "blanda-duras", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías "blandas", que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario. La última es indispensable para poner en juego las otras, posibilitando al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías "duras" y "blanda-duras" como referencia. Teniendo en cuenta ello, el trabajador de la salud difiere bastante de aquél trabajador manual pensado por Taylor. Siguiendo a Spinelli (2011) el trabajador de la salud es un trabajador intelectual (o del conocimiento) en el que el lenguaje verbal y no verbal es central en su proceso de trabajo. El trabajador de la salud según Spinelli quien retoma a Austin y Searle “hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de realidad” (definiciones sobre la cual hablaremos en el próximo apartado). Al constituirse el lenguaje en herramienta fundamental en el proceso de trabajo, el trabajador se

---

<sup>10</sup> Los maletines, al decir del autor, representan cajas de herramientas tecnológicas (Merhy, 2006).

convierte en un trabajador nómada y autónomo ya que puede producirlo en cualquier lado a diferencia del trabajador manual que necesita estar al lado de una máquina (Spinelli, 2011). Es por eso que el trabajo en salud no es completamente controlable ni medible<sup>11</sup>, pues está basado en una relación entre personas en todas las fases de su realización y, por lo tanto, siempre sujeto a los designios del trabajador en su espacio autónomo y privado de concretización de la práctica (Merhy et al, 2006).

Al tener estas características, el trabajo en salud moviliza y construye relaciones, vínculos y encuentros (y muchas veces desencuentros). La realidad dentro de una organización, servicio o equipo de salud se produce por flujos intensos de comunicación entre los sujetos que trabajan al interior de esa organización y entre los trabajadores y los usuarios. Todos interactúan entre sí, y van operando los procesos productivos que se estructuran en un determinado tipo de organización de redes conversacionales, que tienen como centro nervioso el "trabajo vivo en acto"<sup>12</sup>, siendo éste el sustrato sobre el cual la producción de los actos de salud va ocurriendo<sup>13</sup> (Franco & Merhy, 2009). La dimensión relacional adquiere sentido en la medida en que consideremos, como lo venimos haciendo, que gran parte del trabajo en salud implica el encuentro y los intercambios comunicacionales entre diferentes sujetos.

Vale también señalar que en la actualidad, al menos en Argentina, los trabajadores en general suelen expresar malestar en relación con sus condiciones de trabajo<sup>14</sup>. Pero también el sentido de

---

<sup>11</sup> Según Zangaro esta cuestión excede el trabajo en salud e incluye a todo el énfasis que se ha puesto en las competencias cognitivas en los diferentes tipos de trabajo. Al respecto, la autora afirma que en “el establecimiento de una ‘sociedad del conocimiento’, entonces, pasaron a ocupar un lugar privilegiado “nuevas” competencias denominadas “blandas”. Éstas se vinculan principalmente con las capacidades relativas a procesos cognitivos y a la posesión de herramientas intelectuales acordadas; con la capacidad de abstracción, de aprehensión general de conceptos y procesos, de procesamiento y expresión eficientes y no ambiguos de la información, para lo cual se requieren básicamente competencias comunicativas y lingüísticas. Estas competencias cognitivas forman el núcleo duro de las competencias blandas (...) El *management* enfrenta entonces nuevos problemas que derivan de que lo cognitivo y lo emocional no se gestionan de la misma manera que lo corporal: mientras que la concepción mecanicista y racionalista del individuo permitió sistematizar y estandarizar el ejercicio corporal de la actividad y muchas tareas intelectuales, lo cognitivo y lo emocional no responden fácilmente a procedimientos que puedan sistematizarse y menos aún, estandarizarse o controlarse” (Zangaro, 2010: 175).

<sup>12</sup> Se trata de una categoría teórica utilizada por los autores citados que busca expresar la singularidad del trabajo en salud. Empieza por reconocer el hecho de que la salud se produce "en acto". El producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es trabajadores y usuarios.

<sup>13</sup> Es preciso señalar que para estos autores el objeto del campo de la salud no es la cura o la promoción y protección de la salud, sino la producción del cuidado por medio del cual se podrá alcanzar la cura y la salud que son los objetivos adonde se desea llegar (Merhy, 2006).

<sup>14</sup> Disputas salariales no resueltas, ausencia de políticas de recategorización, desiguales posibilidades de capacitación y desarrollo profesional, escasa participación en procesos de gestión, entre otras.

sus prácticas (el por qué y el para qué de su trabajo) es objeto de angustias. Según Campos (2001) las organizaciones de salud tienen dos finalidades: por un lado, producir salud y, por otro, permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión para promover otra forma de subjetivación grupal que permita la realización personal de los trabajadores. Cuando esta segunda función no se cumple se produce una 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) (Spinelli, 2011: 44). Intentar modificar las prácticas implica entonces re-pensar las formas en que definimos el trabajo en salud y las imágenes que se fueron construyendo de las organizaciones en las que esas prácticas se desenvuelven.

#### **4. Las organizaciones como redes conversacionales**

##### **4.1 Imágenes de la organización**

Muchas de nuestras convenciones actuales sobre organización y gestión en salud se basan en supuestos mecanicistas y biologicistas de inicios y mediados del siglo XX (sujeto cartesiano, asociabilidad, negación del conflicto, lógica basada en objetivos y órdenes, estructura piramidal, funcionamiento asegurado por misiones, funciones y organigramas). Con base en estos supuestos, habitualmente aislamos razón y decisión, separamos teoría y práctica (praxis) y prefiguramos roles y procedimientos de gestión diferenciados con una articulación prácticamente nula: unos deciden y otros ejecutan. Como cada actor tiene una función específica que cumplir, la idea integral del proyecto sólo importa a quienes se encargan de su formulación, los que habitualmente no participan de la ejecución. Consecuentemente, cada actor sólo tiene acceso a la información que lo involucra tornando los procesos de comunicación jerárquicos, propios de una estructura vertical y con el imperativo general de movilizar personas para implementar normas o procedimientos, y no para implicarlos en la recreación de la cultura y el proyecto organizacionales.

Después de cien años, estos supuestos siguen teniendo vigencia en los saberes y discursos de directivos de las organizaciones de salud (Spinelli, 2011), que no toman en cuenta lo que efectivamente hacen los trabajadores, subestiman o ignoran la importancia de las tecnologías blandas en el trabajo en salud, y el impacto de los procesos de alienación de los trabajadores en cualquier iniciativa de cambio organizacional.

El análisis formal y la diagnosis de las organizaciones se fundamentan de forma ineludible en la aplicación de alguna clase de teoría a la situación en cuestión. Como señaló Gareth Morgan (1990) en su ya clásico *Imágenes de la organización*, la mejor comprensión de una organización es aquella que toma en cuenta distintas teorías o explicaciones (imágenes), incluso rivales, evitando quedarse en un punto de vista fijo e inamovible. “Máquina”, “organismo”, “cerebro”, “cultura”, “juego de poder”, “prisión psíquica”, “instrumento de dominación” y “flujo de cambio y organización” son algunas de las imágenes o metáforas sobre la organización contenidas en este “tratado de pensamiento metafórico”, como el mismo Morgan calificó a su libro. Estas metáforas proceden de diversas fuentes e inscripciones disciplinares como el psicoanálisis, la biología, la sociología. No obstante, el autor no refiere a metáforas relativas al lenguaje entendido como un aspecto fundante de las organizaciones. Nos referiremos a ello en el siguiente apartado.

#### **4.2. Las organizaciones como redes conversacionales**

Nuestro sentido común da por sentado que el lenguaje describe el estado de las cosas. Esta concepción supone que la realidad está ahí, y que lo que hace el lenguaje es simplemente describirla. Esta interpretación, tan largamente sostenida y aún vigente en nuestro sentido común, ha sido seriamente cuestionada desde la segunda mitad del siglo pasado, muy particularmente a partir de las contribuciones Ludwig Wittgenstein, J. L. Austin, John R. Searle, y más recientemente Fernando Flores y Rafael Echeverría. Gracias a estas contribuciones -que no podemos desarrollar aquí- se fue constituyendo una interpretación “generativa” y “activa” del lenguaje que habilita un nuevo enfoque para la comprensión de las organizaciones y su gestión. A partir de estas contribuciones una organización puede ser analizada como fenómeno lingüístico: unidad construida a partir de conversaciones específicas, que están basadas en la capacidad de los seres humanos para efectuar compromisos mutuos cuando se comunican entre sí. Desde este punto de vista una organización es, en lo esencial, “una red estable de conversaciones” (Bustelo, 1996; Forester, 1980 y 1989; Flores, 1989; Maturana & Varela, 1984; y Echeverría, 2005).

El trabajo sobre esta red conversacional, verdadera argamasa de la identidad y la cultura organizacionales, y el desarrollo de las competencias comunicativas de sus trabajadores/as son las que, desde nuestra perspectiva, pueden hacer de las organizaciones espacios en los que los trabajadores desarrollen lazos de estrecha cooperación y colaboración para el logro de objetivos

comunes, encuentren sentido a su trabajo, a sus vidas y alcancen bienestar en ellos. En definitiva, implica que volvamos a pensar en que los trabajadores de la salud hacen cosas con palabras.

Lejos de procurar inscribir o alinear dichas conversaciones con determinada misión y o visión institucional, lo que nos sugieren autores como Spinelli y De Sousa Campos –este último particularmente con su Soporte Padeia<sup>15</sup>- es inscribir esas conversaciones en “narraciones que den cuenta de un porqué y un para qué” (Giddens, 1987 citado en Spinelli 2011: 48). Narraciones que constituyan identidades en las que se vean reflejados sus trabajadores. Narraciones que posean una mística que contenga y de sentido, porque la articulación de místicas, narraciones y conversaciones de alta calidad son centrales para que una organización se constituya como una red de conversaciones con alto impacto de sus acciones. Esta propuesta de reinscripción de las redes conversacionales en narrativas prácticas y políticas a través de conversaciones sobre futuros deseables y posibles nos invita a una reconsideración sobre el aporte de la comunicación a la gestión del cambio organizacional.

Si bien es cierto que en la actualidad se verifica una mayor convergencia de planteamientos analíticos y aplicaciones prácticas tradicionales - donde la comunicación es concebida como transmisión de información y las intervenciones son de “arriba hacia abajo” - con concepciones que entienden que el aporte de la comunicación a los procesos de cambio consiste en establecer nuevas comprensiones comunes y movilizar a diferentes actores para alcanzar su compromiso y participación en el logro de propósitos colectivos, las “nuevas comprensiones comunes” y los procesos de movilización que éstas animan siguen formulándose desde una lógica basada en objetivos y órdenes emanados desde la cima de una estructura piramidal con el fin de implementar normas o procedimientos (Spinelli, 2011). Mientras la tarea de comunicar sólo se asocie a la formulación de algunos mensajes clave, a la circulación de determinada información y no a desatar conversaciones, difícilmente se la reconozca como aspecto decisivo – estratégico - de los procesos de organización, participación y cambio social que implican intercambios, confrontaciones, negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana. La comunicación

---

<sup>15</sup> Se trata de una metodología constructiva para ampliar la capacidad de análisis y de intervención de equipos y gerentes de salud en situaciones complejas, y en la elaboración de planes, proyectos de intervención sobre procesos salud-enfermedad individuales o colectivos, y evaluación de acciones de salud. Esta metodología considera los efectos interactivos de los recursos de poder y de conocimiento, como así también los efectos de los afectos sobre el trabajo y la gestión en salud. Para un primer acercamiento al soporte recomendamos la lectura del artículo de De Sousa Campos, G. (2005) Padeia y gestión: Un ensayo sobre el soporte PADEIA en el trabajo en salud, publicado en la *Revista Salud Colectiva* 1 (1). pp. 59 a 67.

es estratégica<sup>16</sup> cuando se construyen espacios de comunicación que, desde las micro-políticas y prácticas cotidianas de la organización, incrementan las oportunidades para el desarrollo de competencias dialógicas, de cogestión y autogestión.

De Sousa Campos y Spinelli pero también Flores y Echeverría nos invitan a pasar de una lógica de gestión del cambio organizacional basada en el cumplimiento de órdenes a otra basada en el cumplimiento de compromisos y, consecuentemente, a pasar de una lógica de monitoreo de procesos a una de monitoreo de conversaciones (Spinelli, 2011). El foco no está puesto en el control de los efectos de sentido sino en la permanente reflexión/acción sobre las interacciones de los actores sociales en contextos dados. Es decir, no emitimos comunicados con la expectativa de controlar comportamientos sino que entablamos/desatamos conversaciones con una dirección deliberada de cambio que requiere de ajustes permanentes.

Pero además la lógica del cumplimiento de los compromisos implica entender y aprovechar la potencialidad de las redes conversacionales necesariamente atravesadas por afectos, saberes y poderes, tres aspectos insoslayables en cualquier proceso de cambio planificado. Como señala De Sousa Campos a propósito de su soporte PADEIA, en procesos de intervención deliberada en las dinámicas de la organización /institución debe partirse de un supuesto fundamental y es que “la constitución de sujetos, de las necesidades sociales y de instituciones es producto de las relaciones de poder, del uso de conocimientos y de modos de circulación de afectos” (De Sousa Campos, 2055: 62). Sin embargo, aclara el autor, la racionalidad gerencial hegemónica construyó el imaginario de que la gestión no interferiría con estas dimensiones, apenas administraría lo dado a priori: la herencia sería un desdoblamiento "natural" del poder constituido, un poder delegado por la propiedad privada o por el Estado; el conocimiento sería traído hacia las organizaciones desde

---

<sup>16</sup> Para una organización es estratégico aquello que de una u otra manera puede afectar el cumplimiento de su misión; que no depende de un solo factor porque es sistémico y, por consiguiente, requiere de una política que articule y coordine acciones y recursos; y que no es coyuntural. Por ello, demanda un trazado de acciones a corto, medio y largo plazo para que sea sostenible. Por las razones antedichas nos animamos a decir que la comunicación siempre es estratégica. Sin embargo, es difícil verla así si sólo se la piensa como una cuestión de folletos, páginas web y campañas. Estas son cuestiones operativas importantes para la instrumentación de los procesos de comunicación pero no son lo esencial de la estrategia. Como señala el comunicador colombiano Juan Camilo Jaramillo López (2011), al momento de hablar de estrategia, los planteos suelen centrarse en la formulación creativa del mensaje, la identificación de destinatarios, la planificación de los medios a través de los cuales se supone que se «hace» la comunicación y el efecto esperado. Parece entonces que para definir una estrategia basta con responder: «quién dice qué, por cuál canal, a quién, con qué efecto». Pero para Jaramillo López “estas cuestiones no responden al verdadero sentido de una estrategia de comunicación que es la intención de construcción de significado y sentido compartidos”.

afuera, inyectado por medio de cursos de formación regular u otras formas de capacitación y de asesoría; en cuanto a los afectos, cabría a los sujetos "adaptarse" a la lógica de cada organización, acomodándose a las relaciones de poder y protegiéndose de la competencia, de los conflictos, etc.” (De Sousa Campos, 2005: 62).

## **5. La comunicación repensada: una apuesta posible para los procesos de cambio organizacional en salud**

En el marco de la complejidad que nos plantea el actual contexto y de las características del campo de la salud abordadas, coincidimos con Spinelli en que para configurar otras estructuras en este campo se necesitan nuevos y más actores que generen otras lógicas y procesos (Spinelli, 2011). Tal vez la clave entonces tenga que ver con intervenciones orientadas a los espacios cotidianos donde los trabajadores y los usuarios, como señala este autor, tienen un rol central. Teniendo en cuenta esto, nos acercamos conceptualmente a las características del trabajo en salud e identificamos indicios y pistas para contribuir al cambio de las prácticas y de las lógicas organizacionales.

Sin embargo, cuando analizamos la singularidad del trabajo en salud y la importancia que adquieren las tecnologías blandas implicadas en él y la puesta en valor de la afectividad, ~~lejos~~ estamos lejos de pensar en las nuevas lógicas manageriales del mundo empresarial. Según Zangaro (2010), las tecnologías manageriales avanzan sobre la subjetividad. Es necesario tener presente esta significativa confluencia, especialmente sobre los riesgos de la misma. Ello refuerza aun más la importancia de no dejar de problematizar el saber/poder, las finalidades de las organizaciones de salud en los términos en los que las plantea Campos (2001) (que difieren de la lógica de las empresas) y el horizonte emancipatorio tanto de los trabajadores como de los usuarios sobre el cual apostamos cuando hablamos de procesos de cambio organizacional (la democratización de la información y la comunicación, de los espacios de trabajo y la exigencia del derecho a la salud).

Cuando afirmamos la necesidad de partir del trabajo en salud y su singularidad, repensar las imágenes que aun persisten de las organizaciones y servicios de salud y considerarlas como redes conversacionales, estamos otorgándole una centralidad inusitada a la comunicación al interior de esas organizaciones y sus actores, como práctica constitutiva de las mismas y como tecnología de intervención para el cambio organizacional en salud. En ello están implicadas varias cuestiones:

- Descentralizar el aporte de la comunicación en el dominio de lo sociocultural<sup>17</sup> (y de los énfasis puestos en la promoción de prácticas netamente preventivas) y recentrarla en el dominio de lo organizativo. El dominio de lo organizacional refiere a prácticas vinculadas con la información, la formación, el encuentro y la concertación entre los diferentes actores involucrados. Desde esta perspectiva la comunicación ya no es un aporte externo a la organización y a su lógica, sino que se ubica al interior de la organización misma como campo disciplinar que forma parte del quehacer de las organizaciones y las redes de servicios de salud. Entre las principales tareas se encuentran: tareas de coordinación y articulación de los equipos de trabajadores de la organización; tareas de información y comunicación pública que informen y comuniquen las decisiones y acciones de la organización ante la comunidad y que instale temas y problemas de salud relevantes de la población usuaria de los servicios en la agenda de los medios locales; tareas de capacitación de trabajadores y equipos en temas vinculados con la comunicación en salud y cuestiones relacionadas que mejoren la calidad de las intervenciones; tareas de planificación e implementación de acciones intersectoriales y participativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad destinadas a las poblaciones de usuarios con las que trabaja la organización, entre otras tareas posibles que enfatizan en la democratización de la información y la comunicación en salud y que contribuyan al logro del derecho de la salud. Debemos aquí notar que los actores con los que se generan interrelación son tanto los trabajadores de la salud, y de otras áreas dado el carácter intersectorial de la salud<sup>18</sup>, como los usuarios de los servicios de salud, con objetivos disímiles aunque complementarios.
- También desde la perspectiva que aquí queremos compartir, reconocemos la importancia del aporte instrumental de la comunicación. Pero aquí queda supeditado

---

<sup>17</sup> El dominio sociocultural es aquel en el que se ubican las acciones comunicativas que interpelan a la sociedad en general o a grupos específicos con el fin de comunicar acciones de gobierno, instalar y construir socialmente temas o enfoques, colaborar en la prevención de enfermedades y comprometer a actores sociales en iniciativas de cambio. El dominio político es aquel en el que se negocian los contenidos, los recursos y el sentido general de cualquier iniciativa en materia de política sanitaria. Estos dominios junto al organizacional (descrito en el cuerpo del texto) constituyen la base del esquema que Bruno et al. (2011) proponen para abordar de modo amplio e integral, el campo de acción de la comunicación en la política sanitaria. Este esquema además es la adaptación del propuesto por Jaramillo López (2004).

<sup>18</sup> Dado que la atención/cuidado de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, por el contrario implica la acción coordinada de los diversos sectores implicados (educación, trabajo, vivienda, desarrollo social, etc.).

a objetivos y estrategias de mayor alcance que enfatizan en las relaciones y en las conversaciones entre los actores que le dan vida y sentido a la organización<sup>19</sup>. Ello implica pensar las prácticas en esas organizaciones partiendo justamente de esa dimensión comunicacional que le es inherente al trabajo en salud y a las organizaciones y servicios de salud. Ello traerá como consecuencia nuevas maneras de encarar los procesos de cambio organizacional con implicaciones sobre los modelos de atención y sus lógicas de funcionamiento.

- La centralidad que adquiere la comunicación como parte integrante –y en el mismo nivel que los otros saberes y disciplinas legitimadas- va relacionada con la necesidad de abogar por la legitimidad de ese saber/hacer. Para ello, es fundamental avanzar en iniciativas de formación de Grado y Posgrado dirigidas a fortalecer las capacidades de los comunicadores interesados en intervenir en este campo, y también en otras orientadas a favorecer su inserción no sólo a nivel de las políticas públicas sino también en organizaciones y servicios de salud locales. Igualmente, será importante implementar propuestas formativas orientadas a las disciplinas vinculadas con el campo de la salud a fin de sensibilizar acerca de la relevancia de la dimensión comunicacional del trabajo en salud, y sobre todo de “calificar la demanda vinculada con los aportes de la comunicación” que en la actualidad se concentra en gran medida en el manejo de los medios masivos de comunicación y la traducción del saber biomédico en mensajes culturalmente adecuados que colaboren en la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables (Bruno et al., 2011 y Bruno et al., 2013).

Cabe, antes de concluir, algunas aclaraciones más. No pretendemos considerar a la comunicación como la solución de todos los problemas que presentan las organizaciones y las redes de servicios de salud y menos aun los sistemas de salud y los modelos de atención implicados en los mismos. Pero, sí creemos que la comunicación contribuye a problematizar y repensar las prácticas y los sentidos a ellas asociados, tanto de los trabajadores como de los usuarios. Spinelli afirma “meterse con las estructuras mentales de esos trabajadores en su relación con el trabajo, buscando crear otra

---

<sup>19</sup> De este modo, la labor comunicacional no sólo se enfoca en la formulación de recomendaciones acerca de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, sino que también puede abordar una tarea realmente fecunda: la de crear las condiciones para dialogar junto a otros trabajadores y usuarios qué contenido otorgar a la salud colectiva y qué tipo de prácticas pueden abonar a ese contenido.

cultura organizacional (...) el proceso de trabajo encarado desde las microprácticas del trabajo y las redes de conversaciones, pondrá en discusión el propio proceso de trabajo” (2010: 56).

Tampoco pretendemos que el foco puesto en el análisis y en la modificación de las prácticas conlleve de manera lineal y automática transformaciones sustanciales que repercutan en los sistemas de salud, los modelos de atención implicados en los mismos y en el campo de la salud en general con la complejidad que asume y hemos descrito en otros apartados. Y aquí volvemos necesariamente a la importancia de pensar otra salud. Y, como afirma Spinelli, ello es imposible de realizar sin la participación de los trabajadores de la salud y usuarios de los servicios. Ello deberá ser fortalecido con el apoyo político de estructuras de gobierno que acompañen estos procesos. El actual escenario político y la direccionalidad de las políticas que expresa la nueva gestión, no parece que pueda aportar mucho en ese sentido. Una vez más, y sin olvidarnos de las aportaciones al cambio de las prácticas en salud y al cambio organizacional, se trata de una invitación para que la comunicación aporte también en la promoción de nuevos debates, de espacios de participación, creación de alianzas, diseño e implementación de estrategias de movilización e incidencia en políticas públicas. En este sentido, la potencialidad transformadora de la comunicación configura una significativa motivación para trabajar de modo integral en las dimensiones relacional, grupal, comunitaria y colectiva de la salud y así poder contribuir, en definitiva, a garantizar respuestas acordes a las necesidades y derechos en salud de los conjuntos sociales. Desde esta perspectiva, pensamos y compartimos este texto.

## Referencias

- Bustelo, E. (1996). *Planificación social del rompecabezas al abre cabezas*. Cuaderno de Ciencias Sociales 92. Costa Rica: FLACSO.
- Bruno, D., Zapesochny, V., Huarte, C., Jait, A., Tufro, L., Sandomirsky, M. y Aragues, A. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. *Revista de Comunicación y Salud* 3 (1), 51-65. Recuperado de <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys>
- Bruno, D., Zapesochny, V., Jait, A., Tufro, L., Casullo, C. y Deguer, C. (2011). Mapeo Nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud* 1 (2), 18-30. Recuperado de <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys>
- Caponi, S. (2006). La salud como abertura al riesgo. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas, *Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones y Tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castel, R. (1986). *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.

- De Sousa Campos, G. (2005). Padeia y gestión: Un ensayo sobre el soporte PADEIA en el trabajo en salud. *Salud Colectiva* 1 (1), 59 a 67. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>
- De Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Echeverría, R. (2005). *Ontología del lenguaje*. Santiago de Chile: Sáez Editor.
- Flores, C. (1989). *Inventando la empresa del Siglo XXI*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.
- Forester, J. (1989). *Planning in the face of power*. Berkeley, USA: University of California Press.
- Forester, J. (1980). Listening the social policy of everyday life (Critical Theory and Hermeneutics in practice). *Social Praxis* 7 (3/4), 219-232.
- Franco T. y Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva* 5 (2), 181-194. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>
- Giddens, A. (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Jaramillo López, J. C. (2004). Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado MCPOI. Bogotá: USAID/Casals & Associates Inc.
- Jaramillo López, J. C. (septiembre, 2011). ¿Comunicación estratégica o estrategias de comunicación? El arte del ajedrecista. Documento presentado en el VII Simposio Latinoamericano de Comunicación Organizacional, “Comunicación Estratégica o Estrategias de Comunicación, he ahí la cuestión del DIRCOM”; Universidad Autónoma de Occidente, Cali, Colombia.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía* 2 (8), 65-86. Recuperado de <http://www.revistadefilosofia.org/revista8.pdf>
- Massoni, S. (2007). *Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido*. Rosario: Homo Sapiens.
- Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E., Feuerwerker, L, y Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva* 2 (2), 147-160. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morgan, G. (1990). *Imágenes de la organización*. Madrid: Alfaomega y ra-ma co-editores.
- Nogueira Novarro, A. (1991). La producción social de la salud y la enfermedad. Perspectivas actuales. Nuevas iniciativas y planteamientos institucionales. *Anthropos. Sociedad urbana y salud. Nuevas ideas y planteamientos* (118-119), 2-28.
- Poccioni, M. (coord.) (2007). *Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores*. La Plata: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
- Rovere, M. (2014). La educación médica en revisión. *Revista Argentina de Medicina*. 3 (2), 25-26.
- Rovere, M., Fuks, A., Bertolotto, A., Bagnasco, E. y Jait, A. (2011). La dimensión política de la Atención Primaria de la Salud (APS) en Argentina: crecimiento desordenado, componentes

reprimidos y conflicto de modelos. Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en una exploración tempororo-espacial. Recuperado de [http://globalhealthequity.ca/webfm\\_send/50](http://globalhealthequity.ca/webfm_send/50)

Spinelli, H. (2011). Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina. En Petracchi, M. y S. Waisbord (comps.) *Comunicación y Salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.

Vasconcelos, E. (2011). Más allá del control social: la insistencia de los movimientos sociales en invertir en la redefinición de las prácticas de salud. En S. Fleury y L. Costa Lobato. *Participación, democracia y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Zangaro, M. (2010). Subjetividad y trabajo: el management como dispositivo de gobierno, en *Trabajo y Sociedad* 16 (XV), 163-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3873/387334688010.pdf>

## **Sobre las autoras**

### **Daniela Paola Bruno**

Licenciada en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires/UBA). Magíster en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales (Universidad Nacional de La Plata/UNLP). Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Es profesora titular regular del Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (FPyCS) de la UNLP y profesora adjunta regular del Taller Anual de la Orientación en Políticas y Planificación Social de la Carrera de Comunicación Social en la Facultad de Ciencias Sociales (FSOC) de la UBA. Es docente de la Diplomatura en Comunicación Popular (FSOC/UBA), del Diplomado en Comunicación y Salud de la Universidad de Antioquia en Medellín – Colombia, del Doctorado en Comunicación Social (UNLP/UNIMINUTO) y de las Especializaciones en Comunicación y Salud; y Comunicación y Género (ambas en FPyCS/UNLP). Integra la Comisión de Posgrado de la Maestría en Políticas Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y los Comités Evaluadores de la Revista de Comunicación y Salud del Instituto Internacional de Comunicación y Salud, y de la Revista de Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación. Se desempeña desde 2015 como Secretaria Académica de la Especialización en Comunicación y Salud (FPyCS/UNLP). Ha desarrollado investigaciones vinculadas con la dimensión comunicacional de políticas públicas, así como también sobre salud pública en general, además de ser autora y coautora de artículos sobre estas temáticas.

### **Flavia Demonte**

Licenciada en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires/UBA). Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales (UBA). Magister en Políticas Sociales (UBA). Dra. en Ciencias Sociales (UBA). Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, GCABA (2003). Fue Becaria Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con lugar de trabajo en el Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de Gral. San Martín (IDAES/UNSAM). Actualmente es Becaria Postdoctoral del CONICET con lugar de trabajo en el Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de Gral. San Martín (IDAES/UNSAM). Es docente de grado y de posgrado en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata (FPyCS, UNLP). Integra desde 2015 el Comité Académico de la Especialización en Comunicación y Salud (FPyCS/UNLP).

Ha desarrollado investigaciones vinculadas con la Alimentación, Salud, Género, Políticas Públicas y Procesos Comunicacionales, además de ser autora y coautora de artículos sobre estas temáticas.

### **Andrea Jait**

Licenciada en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires/UBA). Especialista en Educación para la Salud, de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Magíster en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, FLACSO Argentina. Actualmente es asesora de la Coordinación de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación y docente de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Se ha desempeñado como comunicadora en el sector público y en ONG's, como docente invitada en cursos de formación en instituciones de salud pública. Ha desarrollado investigaciones vinculadas con la dimensión comunicacional de políticas públicas, así como también sobre salud pública en general, además de ser autora y coautora de artículos sobre estas temáticas.