

## **SUBJETIVIDAD Y ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL: CONSIDERACIONES SOBRE EL TRABAJO EN LOS EQUIPOS DE SALUD**

Gastón Wagner de Sousa Campos

(Publicado en el libro "Agir em Saúde", " Praxis en salud". 1997, eds: E. Merhy y Rosana Onocko; coedición:Hucitec–Lugar Editorial. San Pablo–Buenos Aires)

Uno de los principales secretos para asegurar calidad en salud estaría en una adecuada combinación de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores. Habrá que inventar modos de gerenciar que no castren la iniciativa de los trabajadores ni dejen a las instituciones totalmente a merced de las diversas corporaciones profesionales.

Autonomía presupone libertad, pero para que el trabajo autónomo sea eficaz, se presupone también, capacidad de responsabilizarse por los problemas de los otros. La autonomía responsable solo ocurriría cuando los agentes tuvieran interés por involucrarse en una determinada tarea. En principio, el trabajo autónomo casi no tiene necesidad de jefatura y demandará, a lo sumo, coordinación, evaluación externa y supervisión para indicar correcciones de rumbo cuando eventualmente fueran necesarios.

El trabajo en salud está siempre sujeto a imprevistos. Hay rutina, patrones que se respetan, tendencias que pueden ser identificadas; pero también se llega a afirmar, y con cierta razón, que en la clínica "cada caso es un caso". Y eso no es únicamente en la clínica. Foucault afirmaba que cada "epidemia es una nueva epidemia", son casos singulares (Foucault,1979). Y esa variabilidad ocurre aun en aquellos casos clínicos o epidemiológicos en que la dolencia de fondo fuera la misma.

Otras veces, para enfrentarse a lo inesperado se exige improvisación, creatividad e iniciativa. Una epidemia de cólera en Africa tendrá un comportamiento y proyecto terapéutico diferente que si se presentase en el sur de Italia. El SIDA en Nueva York y en Africa tiene historias y exige medidas distintas. Lo mismo ocurriría con el cuidado clínico: dos embarazadas de la misma edad y con señales vitales muy semejantes, pueden demandar diferentes procesos de cuidados, que dependerán si el embarazo es o no deseado, si se trata que una de ellas es madre soltera, pobre y vive en la periferia de una de las grandes ciudades brasileras, etc.

En conclusión, el trabajo en salud para ser eficaz y dar solución a los problemas, dependerá de cierto coeficiente de autonomía de los agentes responsables por las acciones clínicas o de salud pública.

¿En qué medida las instituciones de salud podrían funcionar asentadas, en principio, en la actuación autónoma de sus profesionales? Es decir, ¿no sería siempre necesario algún tipo de control gerencial o asimismo, social para que los servicios de salud cumplieran con su misión principal de producir salud?

Se ha estudiado mucho sobre la tendencia corporativa de los profesionales de salud, sobre las diferentes modalidades de degradación de la medicina del mercado y sobre la burocratización de las innumerables organizaciones estatales. Todos estos son procesos que limitan la capacidad de resolver problemas por parte de los servicios de salud. La alienación, el descompromiso con la curación y con la promoción de salud, no son más que unas de las tantas excepciones a la regla y se constituyen casi como marcas de la medicina moderna y de los servicios de salud en un sentido más general.

Por diferentes motivos, instituciones públicas y privadas subordinan el interés de los pacientes a

otros intereses, muchas veces hasta legítimos en su significado, pero que al asumir dominancia terminan degradando el propio trabajo en salud. Así, la ganancia financiera de profesionales o de empresas en el área privada, la burocratización, las interminables disputas de poder y la acomodación por inercia de los trabajadores en el sector estatal, vienen disminuyendo en gran medida, la capacidad de los servicios de salud en producir calidad de vida. Además, la predominancia de otras de estas lógicas ha empeorado, por añadidura, el fenómeno de costos crecientes en salud.

Es decir que no es posible operar sistemas de salud sin cierto grado de control institucional. De ahí la paradoja de ¿cómo combinar libertad con control?, ¿trabajo autónomo con atribuciones de responsabilidad? Nótese que la delegación de responsabilidades, por más democráticos que sean los mecanismos de definición y de distribución de tareas, siempre ocurre con algún grado de externalidad en relación a los agentes implicados.

Las dos grandes vertientes de administración de recursos humanos en salud han demostrado ser incapaces de realizar una articulación de esas dos directrices, en principios contradictorias.

Por un lado, los viejos y nuevos liberales sugieren radical autonomía para los hospitales, para las empresas aseguradoras y para los médicos (a veces, llegan a incluir en la receta otras categorías con formación universitaria). En el fondo, suponen que el compromiso ético individual y el estímulo de la competencia acabarán por concertar intereses de los pacientes, profesionales, empresas de salud y, en consecuencia, también de la sociedad como un todo.

Existe en la actualidad un gran número de defensores de esa solución. Para ellos, solo se dará una solución satisfactoria a la ineficacia y baja productividad de las organizaciones públicas con la introducción de reglas abiertas que estimulen la competitividad.<sup>1</sup> En la práctica tienen una asignación por producción, el principal mecanismo regulador del trabajo. Es decir, el salario por productividad es la piedra de toque de todos esos proyectos.

Hay estudios donde se comprueba que, si por un lado, el pago por producción tiene por costumbre aumentar la productividad, por otro, casi nunca logra articular el trabajo a ser ejecutado con compromisos sólidos como la cura y recuperación del enfermo. La capacidad de definir y de asumir responsabilidad de estos modelos de gestión es, por lo tanto, muy pequeña. La tercerización de la atención a pacientes, compra de servicios a cooperativas, pago de honorarios calculados a partir de la producción, o de la productividad, todas estas lógicas organizativas generan superproducción de actos innecesarios pero rentables y al mismo tiempo, subproducción de actos necesarios pero que son menos remunerados.

En otro polo, antiguos y modernos taylorismos administran proveyendo a los equipos con normas administrativas y normatizaciones técnicas. En verdad, se supone la posibilidad de la gerencia de controlar y reglamentar toda y cualquier posibilidad imaginable de trabajo. Con esto se termina de retirar al trabajador la responsabilidad por la creación autónoma y sin reglamentos.

En realidad, las pretensiones discursivas de esos métodos de recorte más tecnocrático casi nunca se concretan en la práctica. En lo cotidiano, una gran parte de trabajadores, en particular aquellos con mayor poder de transacción, como en general es el caso de los médicos, consiguen burlar normas y trabajar de acuerdo con su propia conciencia. Es de lamentar que en la práctica, esos coeficientes preservados de autonomía han sido más utilizados para la defensa de intereses

---

<sup>1</sup> Ver ejemplos de proyecto de salud de la prefectura de San Pablo/SP -Documento oficial, PAS, PMSP, 1994; y del modelo de contratación de médicos del Hospital de la Posse/RJ.

corporativos que para inventar proyectos terapéuticos eficaces.

Podríamos afirmar, al utilizar conceptos acuñados por Guattari y Deleuze, que los procesos de trabajo estructurados según la directriz de autonomía profesional, propenderían hacia el polo esquizoide de las organizaciones sociales. Y que la atribución de responsabilidad por las instituciones representaría a otra polaridad con características más paranoicas (Deleuze y Guattari, 1972).

Es decir, una organización del trabajo más libre, crearía instituciones con esquemas más horizontales de distribución de poder. Una delegación de responsabilidades correspondería a momentos de verticalización de la línea de mando. Aun cuando el contrato de trabajo resultase de discusiones democráticas, siempre existirá el momento de "imposición" del programa acordado al conjunto de una organización determinada. Entonces, precisamente en estos casos, se estará haciendo uso de esquemas verticales de dirección y de exigencia de resultados.

En principio, no habría por qué considerar alguna de estas alternativas superiores a otras. Por otro lado, valdría la pena enfatizar que el equilibrio no representará, necesariamente, el punto ideal de funcionamiento. Guattari sugería la necesidad de que se busque o que se construya, en cada momento, **líneas de transversalidad** entre los polos paradójales de las instituciones. Este autor hablaba de múltiples arreglos para los diversos grados de verticalidad y de horizontalidad de las organizaciones, aquí se incrementa la necesidad que se descubran **múltiples combinaciones de grados de autonomía y de responsabilidad** atribuidas a los profesionales.

Mientras tanto, esa solución --la de valerse de múltiples diseños institucionales--, cuando se aplica a la gestión de recursos humanos termina, a su vez, generando otros problemas bastantes complicados. A saber, en qué criterios se apoya para escoger los ángulos de transversalidad entre directrices tan contradictorias: ¿cuál es el grado de libertad profesional a ser practicado? ¿cuál es el límite para la definición de responsabilidad? ¿qué democracia organizacional implantar? ¿cuál es el papel de la dirección? ¿dónde terminaría el autoritarismo y comenzaría la omisión?

Es decir, no habría una combinación que fuera *a priori* ideal. Habría que buscar, en cada contexto, arreglos singulares que aseguren el cumplimiento de por lo menos tres criterios aquí considerados como pautas de las combinaciones que realmente sean practicadas en cada situación. A saber:

- a. – El primer y principal criterio para validar un dispositivo institucional dado, del servicio o del equipo en cuestión, sería la **capacidad de producir salud**. Es decir, si un cierto contrato de trabajo está asegurando los objetivos de un programa de salud no habría por que criticarlo. En caso contrario, siempre será una omisión condenable no apostar a caminos y alternativas de cambio. No buscar nuevos arreglos institucionales en situaciones de falencia de la capacidad de producir salud, sería violación de la ética sanitaria. Eso sería válido aun cuando las condiciones objetivas de trabajo no fuesen las mejores posibles. Se retomará esa discusión más adelante.
- b. – Otro criterio más pragmático, pero esencial, sería la **viabilidad técnica, financiera y política de los proyectos con los arreglos acordados**. Esto correspondería a una aplicación inmediata y adaptada del "principio de realidad" freudiano a la vida institucional y política. Combinar proyectos, deseos y proyección de necesidades con los datos de la realidad: ¿hay dinero? ¿existe una armazón político-institucional para la tarea? y por último, ¿se tendrán los saberes y medios para poder concretar lo proyectado?
- c. – Por último, se debiera considerar también la **realización profesional y financiera de los trabajadores de salud**. Los servicios deberían constituirse en espacio donde los agentes de

salud se pudieran reproducir como sujetos de su propia existencia. Y que los temas de la **obra y de la sobrevivencia** estén articulados.

Nótese que si había un importante grado de antagonismo entre autonomía y responsabilidad, es cierto que estos tres criterios sugeridos jamás borrarón o resolvieron la contradicción apuntada. Al contrario, se percibe que estos criterios presentan también importantes niveles de antagonismo entre sí. En general, en la mayoría de situaciones concretas se verifica conflicto entre ellas. La viabilidad, el interés de los pacientes y de los trabajadores no siempre caminan en el mismo sentido. Y en lo que se refiere a estos tres criterios sugeridos, no necesariamente habrá una combinación ideal a ser seguida también, en hospitales y centros de salud.

La utilización de estas directrices no elimina, por lo tanto, la paradoja en discusión. Tal vez, apenas la califique. Tal vez, apenas la torne más explícita y detalle aspectos importantes para la gerencia en salud. En la práctica, siempre habría que procurar arreglos singulares que aseguren la máxima realización posible de cada uno de estos criterios tomados y analizados de manera conjunta. Uno contra y a favor del otro, siempre y al mismo tiempo. Uno limitando y potencializando el desarrollo de los otros. Siempre los tres al mismo tiempo: el máximo de eficacia, de calidad y de producción de salud; el máximo de productividad, de eficiencia y de viabilidad posible; y el máximo de satisfacción profesional.

## **2. El tema de la obra y de la sobrevivencia, o sobre la importancia de la condición de ser sujeto de la gestión de personal**

¿Cómo insertar el **tema de la Obra** en el trabajo parcelado en exceso de las modernas instituciones de salud? Por Obra se entiende aquí el reconocimiento, tanto por parte del trabajador como del paciente y de la sociedad, del resultado del trabajo. Esta sería la primera condición necesaria, mas no suficiente, para que se pensase en la realización profesional y existencial de los profesionales de salud. ¿Por qué valorizar un tema tan abstracto en la gestión del personal de salud?

La organización parcelar del trabajo en salud y la consiguiente fijación del profesional a determinada etapa de un cierto proyecto terapéutico producen alienación. En verdad, si el profesional no se siente sujeto activo en el proceso de rehabilitación o en la trayectoria de invención de programas para develar un problema sanitario más colectivo, si eso no ocurre, él no solo perderá contacto con elementos potencialmente estimuladores de su creatividad, como tenderá a no responsabilizarse por el objetivo final de la propia intervención, es decir, por la recuperación del paciente o por la promoción de la salud de una comunidad. En estos casos, la tendencia, en el mejor de los sistemas gerenciales, será comprometer al profesional solo con una realización adecuada de algún procedimiento y punto final. Se realizó la consulta médica, se procedió a la cirugía, se realizó el diagnóstico epidemiológico y así de seguido.

Las preguntas —¿el paciente se recuperó? ¿la epidemia fue controlada? ¿el trabajo fue eficaz y eficiente?— preguntas que antes eran bastante concretas, hoy se fueron transformando en cuestiones abstractas, rescatables apenas en investigaciones externas y ajenas a las instituciones de salud.

Ahora bien, si este estilo de alienación perjudica a los pacientes, sus daños no son menores para los propios trabajadores. La fijación de la inteligencia y la disciplina fragmentada del proceso de rehabilitación o de promoción de salud, no solamente embrutece al profesional como lo agobia. Concentrarse en actos vaciados de sentido, o cuyo sentido depende de una continuidad que el trabajador no sólo no controla sino que hasta desconoce, todo esto termina produciendo un patrón

de relación con el saber y con la práctica profesional burocratizado. **No hay vocación que resista a la repetición mecánica de actos fragmentarios.** Trabajar en servicios de salud así estructurados llega a transformarse en un suplicio insoportable.

El trabajador se encuentra, por lo tanto, separado de su Obra.

Se acostumbra decir que a los verdaderos artistas les importa mucho más la Obra que el salario justo por el trabajo y esfuerzo emprendido. Exageraciones idealistas aparte, hay una cierta dosis de verdad en esta leyenda. En la salud es necesario reaproximar los trabajadores al resultado de su trabajo. Es recomendable que se vuelva a valorizar el orgullo profesional por el esfuerzo singular realizado en cada caso.

No se trata de una directiva romántica, pero se sobrevive más fácilmente y con más placer cuando se siente ser creador de Obras dignas de admiración y del respeto público.

Hay varias maneras prácticas de implementar esa directriz. Una más genérica se refiere a la creación de mecanismos que permitan la implicación de todos los participantes de un equipo con la elaboración de nuevas maneras de hacer funcionar una institución. Tornar a la **reinención** una posibilidad cotidiana y garantizar la participación de la mayoría en esos procesos son maneras de involucrar a los trabajadores con las instituciones y con los pacientes. En ese sentido **Gestión Colegiada** de servicios de salud puede servir como un **dispositivo desalienante**. Un modo de comprometer a los trabajadores con la misión y con los proyectos institucionales.

Restaurar una ligazón de los trabajadores con la obra, implicaría estimular, al mismo tiempo, la libertad creadora y la delegación ampliada de responsabilidad de los profesionales, en este sentido, en relación al trabajo clínico, no habría como valorizarse la obra sin un proceso de trabajo que **garantice los mayores coeficientes de Vínculo entre profesionales y pacientes.**

La recuperación de la práctica clínica basada en el Vínculo es la manera práctica de combinar autonomía y responsabilidad profesional. El médico, el psicólogo, el fisioterapeuta, todos llegarán a ser los responsables por un determinado número de casos, integralmente responsables. Responsables inclusive por la búsqueda externa de apoyo: interconsultas, internación, exámenes complementarios, intervenciones terapéuticas más puntuales, etc.

Al mismo tiempo cada uno disfrutará de la mayor autonomía posible para la intervención de los mecanismos de cuidados necesarios en cada caso. Se reconocerá la Obra en cada uno de los pacientes que acompañan. Al mismo tiempo para la gerencia sería mucho más fácil avalar la Obra considerando el estado del arte y las condiciones de trabajo disponibles en cada contexto.

En realidad, con la organización de la atención clínica según el principio del Vínculo se haría posible un control eficaz sobre el trabajo descentralizado de miles de profesionales. Control institucional –los resultados del trabajo de cada uno serían fácilmente identificables– y también el control directo realizado por los pacientes. El nexo un poco más estable y duradero entre profesionales y paciente permitirá que este último ejerciera mejor sus derechos de ciudadanía. Por fin el paciente conocerá el nombre, el puesto y las atribuciones de los responsables por su cuidado.

Participación democrática en la Gestión y trabajo clínico basado en el Vínculo serían, por lo tanto, modos de organizar los servicios donde hubiera gran autonomía profesional y, al mismo tiempo, cada uno supiese con mucha claridad sus atribuciones.

Además, sólo en esa situación se crearían espacios donde la realización profesional fuera posible. Trabajar años y años en situaciones donde la propia organización del proceso de trabajo impide o dificulta el ejercicio efectivo de la clínica significa producir trabajo y trabajadores alienados y falta de compromiso. Significa producir personas sin autorespeto y con una autoestima muy baja.

Significa lidiar con personas obligadas a realizar un trabajo mecánico y que sólo será cumplido por el pago de un salario o por la retribución por productividad. En ningún caso se garantiza atención de calidad exclusivamente a partir de estos instrumentos de gestión.

Pero, la Obra se realiza sólo cuando las personas consiguen elevarse a la condición de sujetos habilitados a lidiar con la insatisfacción del contexto para que a partir de esos límites, impuestos por la realidad, puedan construir algo de lo que se enorgullezcan. En el caso de salud, es **el proceso de rehabilitación o de producción de salud reinventado cada día**.

Si en la práctica de la Clínica el Vínculo pudiera ser usado como dispositivo de desalienación, en el caso de Salud Pública la cosa se complica un poco más. Además de la Gestión Democrática, ¿qué otros mecanismos podrían ser accionados para volver a conectar equipos de salud con la Obra? También en el trabajo más colectivo hay fragmentación y burocratización. La Epidemiología está cada vez más separada de la Salud Pública, de la Planificación y de la Gestión de los servicios de salud. Los sistemas de información están cada día más desarticulados de las líneas reales de intervención. Se sabe cómo localizar casos de dengue hasta por domicilio, pero no se sabe qué hacer con esas informaciones. Se clasifican óbitos por causas externas (causas violentas) según variados e innúmeros criterios, sólo se desconoce que es lo que se puede hacer en lo cotidiano de los servicios con eso.

Tal vez, en estos casos fuese conveniente la adopción de **sistema de trabajo por compromisos específicamente asumidos por los diferentes equipos de Salud Pública**. Adaptar en la gerencia cotidiana mecanismos semejantes a aquellos empleados en los denominados Contratos de Gestión, es decir, lo que se hace a partir del diagnóstico de programas de intervención con plazos y metas con acuerdos previos entre la dirección y los equipos. El resultado de ese trabajo sería acompañado, en forma permanente, por instancias técnicas y de participación democrática como lo son los Consejos de Salud.

Quien sabe si con eso se disminuyese la tendencia a la burocratización y a la inmovilidad Verificada en la Salud Pública brasilera.

Pero ¿y el tema de la **Sobrevivencia**? En teoría, este tema presenta tanto puntos de contacto como también cierto grado de antagonismo con la directriz arriba denominada **Obra**.

La realización de las personas depende también de las recompensas financieras que se reciben como compensación del trabajo realizado. No hay como alterar eso. ¿Y cuál sería la remuneración adecuada? Aquella que permitiese satisfacción del trabajador. Se sabe que esa noción de satisfacción es social e históricamente definida. Dependerá de los resultados a partir de actuaciones más o menos cambiantes y bajo la influencia de determinantes muy generales. Eso a veces complica mucho la situación. Por ejemplo, en Brasil los sectores públicos y privados remuneran a los profesionales de salud de manera muy heterogénea. En general, los médicos ganan más en la medicina de mercado y el estado paga mejor a los demás profesionales de lo que lo hace la iniciativa privada (Denise Pires, 1996).

De cualquier modo, se nota que el desempeño de esos profesionales no siempre guarda relación directa con el valor de la remuneración. Un gran número de especialidades médicas tiene pretensiones financieras tan elevadas que nunca aceptan los salarios el sector público. Sería el caso, hoy en día de los radiólogos, anestesistas y algunos otros de los especialistas que están mejor colocados en el mercado nacional.

Por otro lado, hay un gran número de Secretarías de Estado o de Municipios pagando salarios casi simbólicos y, por lo tanto, sin condiciones políticas y gerenciales de interrumpir la degradación y la desagregación de la atención. Sin embargo, se verificó en otros casos, que el aumento de los honorarios sin el establecimiento de nuevos contratos de responsabilidad, no implicó necesariamente, un mejor desempeño profesional.

Es decir, no hay como huir del establecimiento negociado de pisos mínimos histórica y socialmente definidos. La gerencia del personal queda siempre perjudicada cuando las instituciones no respetan esas bases. Mientras tanto, se tendría que implementar, además de eso, otros recursos existentes en el arsenal disponible para gestión de personal. Se ha demostrado la eficacia de combinar salarios fijos con otras formas variables de pago. Aquí ya hemos criticado el criterio exclusivo de productividad. Con todo, negociar gratificaciones conforme al cumplimiento de metas previamente negociadas, ha sido demostrado como una alternativa capaz de cambiar en forma positiva la subjetividad de los trabajadores de salud.

### **3. Evaluación del desempeño, formas de pago y la producción de subjetividad entre los trabajadores de salud**

El dinero habla, explica y convence. Las mentalidades son destruidas y formadas de acuerdo a los modos de circulación y de distribución del dinero. Esto es verdad tanto para las personas inmersas en situaciones típicas de mercado como para otras vinculadas a instituciones teóricamente antagónicas a la racionalidad del lucro.

Un servicio público de salud que remunere de manera idéntica al desprolijo y al aplicado, al dedicado y al egoísta, al productivo y al improductivo, es un servicio que retrasmite todo el tiempo mensajes cuyo tenor es bien claro: todos tendrán igual remuneración porque a nadie le interesa el resultado de trabajos tan disímiles y heterogéneos; es decir que no valdría la pena esforzarse. Por otro lado, para pagar por producción se habla y estimula a todos por igual a producir acciones por sí mismos, sin la necesaria conexión con el objetivo final del servicio.

El pensamiento crítico nunca se permitió a pensar con frialdad y de un modo consecuente sobre este tema. El dinero produce subjetividad conforme al diseño de su flujo. ¿Cómo utilizar ese lenguaje en nuestros servicios de salud sin degradar a los trabajadores a objetos de compra y venta?

Hasta ahora se trató de algunos ejes operativos útiles para potencializar el trabajo en salud: se habló de un juego entre autonomía y responsabilidad, de gestión participativa y cambios de características en los modelos de clínica y de salud pública.

Correspondería analizar ahora el tema de los modos de remuneración. **¿Cómo evaluar el valor del trabajo en salud y cómo se transforma esa valoración en recompensa para los trabajadores?** En este sentido adquiere importancia centralizar la invención de indicadores, evaluaciones de desempeño, con la consiguiente retribución financiera por los resultados verificados.

Si los salarios independientes del desempeño tienden a producir desinterés y burocratización, los indicadores del desempeño son agujones con los cuales se puede llamar la atención a la inercia de un equipo desmovilizado.

La piedra de toque de la calidad total (corriente de cierta manera incluida en el rol de los estilos gerenciales neotayloristas) se basa en el descubrimiento de que es posible abrir las puertas de las empresas trayendo la concurrencia del mercado para lo cotidiano de las relaciones de trabajo. Para operacionalizar eso, se tratará de comparar el desempeño de un trabajador con el de otro. En esas circunstancias pasaría entonces a regir la ley de ganancia y pérdida, también en el microcosmo de las organizaciones. Las comparaciones se registran por indicadores de productividad y, de vez en cuando, de calidad. Para que esta jerigonza funcionase tendrían que ampliarse los espacios de autonomía de los equipos. Si no, nadie tomaría la iniciativa para superación del *statu quo*. El resto

son lentejuelas. Calidad total es esto.

Bien...

¿En qué puntos una propuesta de combinar salario-base con remuneración variable por desempeño se diferencia de ese espíritu pragmático de calidad total?.

En innúmeros.....por cierto. No obstante, en el momento, sólo se consigue señalar uno o dos.

Aquí se sugiere **que los indicadores sean construidos dentro de reglas de gestión participativa**. Es decir, se patrocinará la realización de verdaderos contratos de gestión entre trabajadores, dirigentes y representantes de usuarios, cuando los hubiera. En un flujo ascendente y descendente continuo, habría que negociar metas gubernamentales con otras de los equipos locales, realizarse luego, consolidaciones y compatibilizaciones de los objetivos contratados, sintetizados siempre en Planillas de resultados esperados.

La teoría es interesante, pero su operalización es muy difícil. En general, las planillas son construidas en los estratos superiores de dirección; son aplicadas, y en general, como reacción, los trabajadores se pronuncian.

Obsérvese que estas planillas, al señalar a los que trabajan, al evidenciar problemas en el desempeño de los equipos, pueden provocar ruidos ensordecedores. Y se tendría que reconocer que en buena parte de los servicios públicos el silencio de la impunidad, de la burocratización y de la deshumanización es tan grande, que una buena sacudida siempre haría bien.

Con todo cabría preguntar ¿tendrán las instituciones sistemas participativos tan estructurados al punto de canalizar todos estos ruidos para ampliar la capacidad de autoanálisis y autogestión de los grupos, o estarán sirviendo, precisamente, como aguijón para empujar a los profesionales en un sentido que interesaría a las directivas?

Por otro lado, cualquier conjunto de indicadores, aunque su construcción sea inmejorable, nunca conseguirán reflejar de manera integral los objetivos situacionales de un cierto modelo. Como lo indica su propio nombre, apenas mostrarían tendencias. Así, en particular, cuando la retribución financiera se realice conforme se comportan los indicadores, existirá el riesgo de sustituir un patrón de alienación por otro. Si no hay adhesión previa de los trabajadores, si no se tiene un modo adecuado de "responsabilizarse" puede ocurrir que en el proceso de trabajo ellos desplacen la centralidad habitualmente focalizada en procedimientos parciales para dirigirla a la suma de puntos estipulados por los indicadores. Y la tan soñada implicación autónoma de los equipos con la integridad con que los problemas de salud se presentan, puede no ocurrir. Ejemplo, en lugar que el equipo se involucre en combatir la tuberculosis y con la cura de los tuberculosos, se puede volver atrás al solicitar baciloscopías injustificadas. En este caso, siempre se podría inventar otro indicador para fiscalizar distorsiones en el primero, hasta cuando los trabajadores encuentren mecanismos de producir resultados con el segundo y en este momento, entonces se necesitaría de un tercer evaluador para controlar a los otros dos y...

Además de todo, la parcialidad de las planillas puede confundir a aquellos trabajadores que en este momento estén comprometidos en inventar nuevos recursos para enfrentar las múltiples facetas de los procesos salud-enfermedad. Para estos trabajadores estar sometidos a planillas significaría un retroceso o tan solo el cumplimiento de una tarea burocrática para calmar a dirigentes ansiosos o desconfiados.

¿Vale la pena que también se analicen los múltiples desdoblamientos de la entrada de dinero en el circuito? Sin duda, tal iniciativa aumentará mucho la gobernabilidad sobre los recursos humanos, ¿y la producción de sujetos? ¿Habrà algún modo de introducir pagos diferenciados dentro de un



proceso más amplio de redefinición de los patrones de alienación y de responsabilización de los equipos?

Recurrir a estos dos expedientes, evaluación del desempeño y salario proporcional a los resultados, ¿no indicaría una cierta renuncia al lento y penoso proceso que significa invertir en la producción de sujetos?

¿Será un atajo justificable para el tiempo político de las administraciones? ¿Será una urgencia legítima si se tiene en cuenta la ineficacia de los servicios públicos de salud y la iniquidad de muertes evitables que ocurren bajo la mirada indiferente de una sociedad con trazos de barbarie? ¿Será el reconocimiento de que los intereses y la fuerza corporativa de algunas categorías (médicos, por ejemplo) los tornaría resistentes a cualquier proyecto más consecuente para la defensa de la vida?

¿Cuánto habría de prejuicio en todas estas consideraciones? Preconcepto en relación a la utilización deliberada de la circulación de dinero como máquina productora de subjetividad. ¿Sería menos ética la transmisión a los trabajadores de directrices técnicas y políticas marcando rumbos con la opacidad del dinero?

#### **4. Revisando conceptos de alienación y de transferencia para aplicarlos mejor a la gerencia de personal de salud**

No es posible que se defina un sujeto únicamente a partir de él mismo. En realidad, las clases sociales, las agrupaciones de individuos se constituyen por la red de relaciones, de restricciones y de conflictos en que están inmersos. Marx y Freud, entre otros, se cansaron de repetir este tema. No obstante, un gran número de analistas insiste en olvidar las implicaciones de esta constitución de la relación cuando teorizan sobre el trabajo humano.

En este sentido, hablar de recursos humanos en general es pura tontería y pérdida de tiempo. No existe el médico en sí, ni para bien ni para mal.

Los trabajadores de salud son el producto del sistema de relaciones en que están sumergidos, pero son al mismo tiempo productores de este mismo sistema. Son sujeto y objeto en el mismo momento y durante todo el tiempo.

Como objetos producidos por el mercado, por las políticas gubernamentales, por el saber estructurado en disciplinas, por las leyes y por los valores culturales de cada época, los trabajadores tienden a sufrir pasivamente los efectos de estas máquinas sociales. Reflejan momentos alienados, y son más cosas que agentes de sus propios destinos.

Sin embargo, los profesionales de salud participan de la construcción de los saberes y disciplinas de su campo, influyen en políticas y también participan de la estructuración del mercado de la enfermedad y son los principales traductores de los principios generales de cada política para los modelos de atención más operativos (Campos, 1992). Además de eso, interaccionan con la sociedad contribuyendo en la definición de determinado valor de uso para la vida. Es decir, los trabajadores de salud operan con relativo grado de autonomía a pesar de la coacción a la que siempre están sometidos.

**En consecuencia, el grado de alienación de los trabajadores en relación al objetivo (misión), objeto y medios de trabajo de los sistemas de salud puede variar de acuerdo a la conjuntura y de acuerdo a su propia actuación en cuanto actores sociales que son. Por lo tanto, la alienación no es un dato exclusivamente estructural.**

Tal vez, la evidencia más destacada de la alienación de los trabajadores de salud sea su grado de alejamiento del movimiento en defensa de la vida. El imperativo de **actuar siempre en defensa de la vida marcaría la especificidad identificatoria de ser o no ser trabajador de salud**. El futuro de lo pasado -señalaría- porque en gran medida, médicos y otros profesionales perderán esta característica distintiva. No obstante, estén construyendo otras formas de identidades, se perdió el vector loco de acción primera orientado para la producción de salud. La identidad de los médicos hoy es asegurada más por el diploma, por el uniforme blanco de la indiferencia y por el cierre de sus saberes al común de las personas.

Sin embargo, **defender la vida es lo que asegura el valor de uso al trabajo en salud**, y por lo tanto, la ética de los profesionales de salud no podrá estar fundada en otro principio que no fuese el de la defensa de la vida. Después vendrá el resto, el interés económico, las conveniencias políticas, las normas burocráticas, etc.

La evidencia concreta, al mismo tiempo, de la alienación y del poder que todavía disfrutaban los médicos y otros profesionales, es el modo como se estructuran las relaciones transferenciales en los servicios de salud hoy. Los pacientes, para un número creciente de técnicos, acaban reducidos a la condición de objetos, o de algo mucho más próximo al estado de cosa que al de sujeto.

Este movimiento de reducción del otro al estado de objeto solo es posible en situaciones de gran desequilibrio de poder. Es decir, solamente porque los médicos y algunos de los otros profesionales conservan gran poder delante de la impotencia del "paciente", se torna realizable la repetición de la maniobra de reducir al enfermo a la condición de objeto. La libertad ilimitada, tendiente a lo absoluto, lleva a la mayoría a la opresión, a la subordinación. Reducir a alguien a objeto implica en principio eliminar cualquier vestigio de solidaridad o de piedad por el oponente. Esta era la técnica recomendada por Sade para la élite de los gozadores para lograr aprovecharse al límite, del cuerpo de otras personas reducidas a la condición de víctima (Camus, 1996).

La medicina no llega a ese absurdo, pero lo roza cuando inventa técnicas para apagar cualquier trazo de subjetividad presente en la relación médico-paciente. Los métodos semiológicos, los reglamentos del hospital y de la práctica clínica en general, todos procuran asegurar la repetición de este patrón aséptico de relación. Al apoyarse en estos reglamentos los profesionales podrán ahogar cualquier vestigio de solidaridad que insistiera en aparecer durante la convivencia obligatoria a que están condenados terapeutas y enfermos. Hasta la imposición del sufrimiento al otro es admisible porque, siempre, se estaría dando en beneficio de la víctima. Se trata de un poder inconmensurable, se trata de un poder fuerte o suficiente para retirar la humanidad al objeto a ser tratado. Y lo curioso es que esta retirada se daría en nombre de esa misma humanidad sustraída. En verdad, los médicos fueron perdiendo compromiso directo con el paciente y la moralidad de la práctica se dará en función de una honra profesional abstracta, de reglas de buena conducta profesional. La medicina tendría compromiso con la salud en general, con la humanidad en general, con el saber médico en general, pero no necesariamente con ningún paciente en particular o con ninguna porción real de la población de una región.

La salud pública esteriliza, aun con mayor facilidad, las relaciones entre pacientes y profesionales. Para esto basta considerar el objeto de trabajo como si fuera una "población" o una "colectividad". Personas sin nombre, sin historias o culturas singulares. La salud colectiva se autoriza a intervenir en nombre del riesgo que los otros mueran o enfermen, sin preguntar nunca a estas supuestas víctimas cuántas de ellas se encuentran físicamente implicadas en el mismo riesgo.

Con estas maniobras, en teoría, los médicos y otros profesionales conseguirán enmascarar la

transferencia negada, todavía existente: el otro es significado como cosa, no como persona, y como tal es manipulado.

Para realizar este trayecto analítico fue inevitable sacar de órbita el concepto de transferencia propuesto por Freud. Para los psicoanalistas más ortodoxos, transferencia y contratransferencia solo forman parte de relaciones establecidas en el proceso específico de terapia psicoanalítica (Birmann, 1971).

Aquí se estaría atribuyendo una generalidad más amplia al concepto de transferencia, es decir que transferencia sería aquel algo, aquella imagen, aquella representación que técnicos y pacientes colocarán siempre en el lugar ocupado por el otro. La transferencia, por lo tanto, siempre se va a dar en cualquier relación entre profesionales y pacientes. Al colocarlo de otra manera, transferencia sería el modo como un sujeto significa y representa. Siempre se está utilizando, de alguna manera, del recurso de descolocamiento - el otro con quien se relaciona. En verdad, cada persona busca en el imaginario construido en el pasado explicaciones que encuadren o expliquen hechos y sujetos con los que se estuviera obligado a convivir. Eso sería transferencia. Se evitará, con eso, la trampa de valerse siempre de referencias a la primera infancia para la interpretación de los estereotipos construidos y tendientes a que se cristalicen conforme se prolonguen ciertas prácticas terapéuticas. Un profesional que aprendió a tratar a sus pacientes como objeto totalmente manipulable tenderá a repetir tal actitud en numerosas situaciones. Con esta perspectiva, estereotipos construidos durante prácticas terapéuticas deberían ser interpretados según referencias más amplias de aquella del triángulo edípico (Guattari y Deleuze, 1972).

Hay que buscar en la formación médica, en el imaginario de las camadas sociales a que pertenecen los profesionales de salud y, en particular, en la cultura predominante en cada institución, las referencias utilizadas por los profesionales para representar a sus pacientes. Le cabría al analista-gerente descubrir las maneras de que cada equipo o cada profesional representa a sus pacientes. Tendrán que descubrir y trabajar estos hallazgos en la medida en que constituyan inconvenientes para el establecimiento de una relación terapéutica y madura.

¿Cómo son encarados los pacientes? ¿Cómo miserables, ignorantes y carentes, o cómo consumidores exigentes? ¿Serían vistos y manipulados como si fuesen enfermedades desencarnadas de las personas concretas; o también como clientes a ser cautivados por intereses económicos; o como figuras que se sienten culpables por la propia enfermedad, negligentes que por descuido, lascivia o imprevisión contrajeron las molestias?

No hay como alcanzar calidad en salud sin enfrentar este tema. Analizar y reconstruir las relaciones entre profesionales, instituciones de salud y la población.

En verdad, se observa en las instituciones la existencia de patrones más o menos fijos de imágenes por medio de los cuales los equipos o los individuos representan a los pacientes. En conclusión podríamos decir que las formas de representar al otro obedecen a patrones habituales o de la historia singular de cada uno de estos sujetos, o de las presiones o de la violencia de las instituciones o en sentido más general, el de la sociedad.

Así, la transferencia, será entendida aquí como el modo que se manifiesta en el paciente o el usuario de un servicio de salud o del profesional que lo atiende, o el equipo que le da soporte o el servicio que lo acoge. Contratransferencia tendrá el sentido recíproco: es decir, el modo como el trabajador, o el equipo, o la institución comunican al paciente usuario. En cierto sentido sería una aplicación focalizada en la relación profesional-paciente del concepto freudiano mezclado con el de imaginario de Castoriadis (Castoriadis, 1975).

En todas estas situaciones se observa una tendencia de los distintos sujetos congelara una determinada forma de representación o de significación del otro. Esta tentativa de congelamiento, ese movimiento de cristalización, es el principal soporte del proceso de alienación porque al establecerse estereotipos fijos se pierde cualquier posibilidad, tanto de distinguir la singularidad de cada caso, como la de comprender la dinámica en juego del proceso salud-enfermedad-intervención. Por lo tanto, quebrar estas formas de estar relacionado, consolidadas por el juego institucional, es tarea central en cualquier modelo de gestión que pretenda involucrar trabajadores con la producción de salud. El silencio sobre estos mecanismos encubre acuerdos opresores para los más débiles - en general, pacientes- y cronifica la alienación de los profesionales.

El rescate de la reforma de la clínica depende de la adopción de dispositivos simples que posibiliten a los trabajadores analizar en lo cotidiano el sentido de las relaciones transferenciales establecidas entre los distintos sujetos implicados en procesos terapéuticos.

##### **5. EQUIPO DE SALUD: entre la especialización y la violencia**

Franco Basaglia combatió con dureza la rigidez de la especialización en los servicios de salud mental. Su equipo demostró que junto con el supuesto aumento del saber del especialista vendría siempre el monopolio del conocimiento, o el argumento de autoridad y lo más nocivo aun, la fragmentación del proceso terapéutico según la lógica ajena de las necesidades de los enfermos (Basaglia, 1985).

Se puede notar, no obstante, en muchas experiencias afiliadas a estas escuelas más críticas, una tendencia a la pérdida de identidad profesional. Todas las profesiones y todos los especialistas se transforman en técnicos polivalentes, en agentes terapéuticos con atribuciones muy semejantes, perdiéndose en la práctica la especificidad y, por lo tanto, los motivos que justifican la formación de tan variada gama de profesionales y de especialistas.

Sin duda, la creciente especialización de médicos, psicólogos, fisioterapeutas y enfermeros viene disminuyendo la capacidad de resolver problemas y aumentando la alienación de esos profesionales en relación a los resultados de sus prácticas. En la medida que cada especialista se encarga de una parte de la intervención –sea ella de orden diagnóstico o terapéutico– ninguno podrá, en teoría, ser responsabilizado por el resultado global del tratamiento. Esto trae pérdida de eficacia y costos crecientes, la prolongación indefinida de la línea de atención para casos antes resueltos por uno o dos profesionales. En muchas universidades, en nombre de un supuesto cuidado integral al paciente se le tiene impuesto consultar con cinco o seis profesionales distintos que intervienen de manera excesivamente focal. Un hipertenso que sea atendido por un clínico, por un cardiólogo, que se lo encamine a consultar a un nutricionista, que lo deriven a un psicólogo, que lo orienten a conseguir un educador físico, que a su vez lo vuelva a ver el cardiólogo, que se solicita la opinión de un oftalmólogo, que se sugiere una evaluación con un nefrólogo, la vida se le esfumará en esa ridiculez inocua, pero resistente a cualquier cambio por más racional que sean los argumentos aducidos contra esa lógica.

En consecuencia, en todo el mundo, se constata una progresiva pérdida de eficacia de las prácticas clínicas y de salud pública. Disminución de la capacidad de cada profesional de resolver problemas, tendencia de las áreas más básica funcione cada vez más como triaje, como evaluadores de riesgo que otros van a trabajar. Los procesos de intervención son cada vez más largos, de mayor duración, involucra más y más especialistas, los costos se elevan, se imponen más y más

sufrimiento y restricciones a los pacientes y no siempre con los mejores resultados. En la mayoría de los casos se pierde la visión integral del caso y las decisiones son tomadas de manera mecánica a partir del diagnóstico inicial y de protocolos considerados adecuados.

Las recetas contemporáneas para develar este problema han pecado o por la ingenuidad o se han demostrado inocuas. Se argumenta en favor de la reaparición de generalistas, médicos, enfermeros, etc. La constitución de equipos multiprofesionales ha sido otra recomendación frecuente. Se imagina que estos equipos milagrosamente compensarán la desresponsabilización y la fragmentación que la excesiva especialización crea, autoriza y legitima.

No es que la exigencia de una polivalencia dada para todos los profesionales sea una pretensión equivocada, o que la propuesta de trabajo interdisciplinario no fuera en esencia correcta. En realidad, aun nos faltan herramientas conceptuales y operacionales para que, en lo cotidiano, se tornase posible otro patrón de gerenciamiento de estos procesos de trabajo tan despedazados y costosos. En general, se difunde una sensación generalizada de que el trabajo en salud sería casi inadministrable.

De manera general, se puede afirmar que hay dos modelos polares para la organización de los procesos de trabajo en salud.

Por un lado, en contextos más tradicionales o en organizaciones más jerarquizadas, se observa una agregación vertical de profesionales o de grupos heterogéneos de especialistas. Son los famosos organigramas verticales que crean departamentos de enfermería, servicio social, médico, cuerpo clínico, en general todavía más subdividido en miríadas de especialidades sin contacto entre sí, entre otros sectores.

En estos casos, más frecuente y más de acuerdo con la tradición administrativa sanitaria, hay una profunda desarticulación entre las diversas líneas de trabajo donde cada categoría profesional elabora sus propios reglamentos, objetivos y normas. El trabajo en ese contexto tiende a burocratizarse. Cada uno se siente responsable por hacer aquello que está estrictamente ligado a su propia área técnica o especialidad. En esta situación se acostumbra a apelar a protocolos y programas con normas de conducta que deberían realizar la magia de integrar lo que está intrínsecamente desarticulado. Con el tiempo, se acostumbra que haya exacerbación de los conflictos entre los equipos de trabajo y entre éstos y sus jefes. Hay disputa de competencia y traspaso sucesivo en la atribución de responsabilidades no estrictamente previstas en las rutinas. En realidad, se observa cierta falencia de estos protocolos y se constata que alguna de las categorías de técnicos termina por imponerse a los demás determinando una división real de responsabilidad y creando justificaciones y protecciones por las omisiones cristalizadas.

En otro extremo, hay experiencias más radicales de horizontalización de los organigramas, con una distribución más homogénea de poder. En estas situaciones es común se iguale de modo artificial a todos los profesionales. Todos harán todo y ninguno será personalmente responsable por nada en particular, ya que la responsabilidad por los proyectos terapéuticos sería siempre colectiva.

Además de la resistencia natural de la mayoría de los trabajadores a esas directivas –al final se sugiere que abandonen cualquier identidad profesional- se percibe que la mayor y la mejor parte de ellos termina transformándose en agentes promotores de salud, con alta capacidad para realizar acciones de integración social de los pacientes, o para amparar movilizaciones en pro de demandas colectivas o individuales – lo que sin sombra de dudas, es fundamental – pero por otro lado, se verifica disminución de la capacidad de estos agentes para ejecutar procedimientos típicos de cada especialidad o profesión, aun cuando ellos fueran supuestamente necesarios.

Una vez más, se tratará de combinar características polares y antagónicas, inventándose modelos organizacionales que potencialicen más la producción de salud. En este caso, **el desafío será combinar grados de polivalencia con cierto nivel necesario de inevitable especialización.**

Especializarse implica siempre recortes verticales en el saber (área de competencia) y en la práctica (área de responsabilidad). Por lo tanto, cabría a la gerencia lidiar con los límites de competencia y de responsabilidad operacional de cada profesional y de cada equipo.

Se sugiere aquí una aplicación de los conceptos de **Campo** y de **Núcleo** al planificarse ya sea la formación o la práctica profesional en salud. Se trabaja con los conceptos de Campo de Competencia y de Responsabilidad y/o de Núcleo de Competencia y de Responsabilidad.

Se entiende por Núcleo al conjunto de saberes y de responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad.

El núcleo marcará la diferencia entre los miembros de un equipo. Los elementos de singularidad que definen a la identidad de cada profesional o especialista, los conocimientos y acciones de exclusiva competencia de cada profesión o especialidad, a todo esto se denominará Núcleo.

Se entiende por Campo a los saberes y responsabilidades comunes o que confluyen en varias profesiones o especialidades. Por ejemplo, todo el saber básico sobre el proceso de salud-enfermedad, conocimientos sobre relación profesional-paciente, sobre riesgos epidemiológicos y reglas generales de promoción y prevención. También pertenecen al Campo las nociones genéricas sobre políticas, organización de modelos y del proceso de trabajo en salud.

Tomemos un ejemplo, un especialista en gineco-obstetricia tendrá como Núcleo todo el conjunto de saberes y de prácticas relativas a la salud de la mujer: diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas, prevención de riesgos, etc. También, como profesional de salud tendrá como Campo nociones sobre clínica en general, por ejemplo, tratamiento de la hipertensión arterial, además de técnicas relativas a la relación médico-paciente o a la organización de programas o servicios de salud orientados al cuidado de la mujer, etc.

Así, en un programa de atención integral a la salud de la mujer le corresponderá al médico la asistencia y el tratamiento clínico de patologías. El cuidado de gestantes con depresiones graves le corresponderían a psicólogos o psiquiatras. En este momento el abordaje de los aspectos subjetivos o sociales del embarazo estará a cargo, sin distinción, de todos los integrantes de un equipo

Sin embargo, se defiende, aun reconociendo la superioridad del trabajo en equipo, la de definición precisa e inequívoca de responsabilidades individuales frente a cada caso. Es fundamental se identifique con claridad quien se encarga de la administración del caso dentro de cada equipo. Es decir que se trabaja con el concepto de vínculo definido y adscripción individual del paciente. En este sentido el profesional responsable por el caso, debiera inclusive solicitar apoyo de otros miembros del equipo o de otros servicios de salud.

En principio, saber conducir casos debiera formar parte del Campo de todo profesional de salud. De acuerdo con las características de la intervención, será designado el responsable. Es indudable que el responsable estará obligado a recurrir a la ayuda y apoyo de otros técnicos que actuarán de forma matricial. Se actúa localmente, de acuerdo a lo solicitado y a la necesidad, sin descaracterizar, con todo, la responsabilidad por el caso.

El mismo tipo de razonamiento podrá ser aplicado a problemas colectivos. Es un equipo, pero con clara definición de responsabilidad.

En la realidad, se puede imaginar que estas dos categorías podrán sustituir, en gran medida, el papel de los protocolos y normas. Al contrario de la tarea imposible de programar todos los

procesos de trabajos imaginables, se buscará jugar con la definición negociada de Campos y de Núcleos de Competencia y de Responsabilidad. Con esta técnica se preserva mayor autonomía para los profesionales y equipos –habrá libertad para nuevas definiciones de Campo y de Núcleo para cada uno dentro del contexto de cada equipo– y al mismo tiempo, no se dejará de atribuir responsabilidades muy bien definidas para cada grupo de tareas.

Estos conceptos permitirán cierta apertura en la paradoja de la autonomía y definición de responsabilidad y también en la de polivalencia y especialización.

## **6. DEFENSA DE LA VIDA: como eje estructurante de las prácticas de salud**

Las prácticas sanitarias tienen particularidades que se distinguen de muchos otros oficios.

En el medio de la acción del médico, del enfermero, del psicólogo o del sanitarista siempre hay un otro que está directamente implicado. Hay un cruce de subjetividades en un contexto especial: es un momento especial y angustiante para aquellos que son objeto de la atención y es trivial y previsible para los que están encargados del tratamiento. En el trabajo en salud siempre hay una subjetividad de otro directamente implicada. Es una proximidad física, interferencia sobre el cuerpo y la vida de un tercero. A veces se escucha el jadeo, se siente el sudor, se percibe el miedo o la desesperación, o la indiferencia del objeto cuidado. Los reflejos del lenguaje corporal repercuten en el espíritu objetivo y entrenado del técnico. El trabajo en salud se basa, todo el tiempo, sobre relaciones interpersonales.

Es una constatación antigua y obvia. Sin embargo, esta característica no ha sido debidamente considerada cuando se piensa en administración de servicios de salud. Ni siquiera la clínica y la salud pública valoran ese elemento capital del trabajo sanitario. Al contrario, tanto en la práctica clínica como la colectiva han inventado técnicas para objetivar los medios de expresión de los sujetos a ser cuidados. Pacientes y población son abstraídos como si fuesen conjuntos homogéneos, semejantes unos a los otros, todos son pasibles de recibir cuidados parecidos. La hipervaloración de técnicas de objetivación y, por lo tanto, de uniformización, disminuyó mucho la preocupación de los saberes en salud con la subjetividad y con la cultura de sus pacientes.

En cierta medida se tiene hasta la impresión de que el trabajo clínico o sanitario sería pasible de automatización. Es un desenrollar de procedimientos en gran medida independiente del agente ejecutor y del paciente que sufre o de la población en riesgo de padecer. Está muy difundida la idea de que el rescate de las prácticas sanitarias pasaría por la elaboración de minuciosos protocolos reguladores de procedimientos conforme al problema en foco. Crecen los adeptos de métodos gerenciales basados en detallados programas de conductas diagnósticas o terapéuticas. Sin negar el valor de síntesis y de difusión rápida de conocimientos inherentes a estos documentos, lo que se pretende es llamar la atención para el hecho que la motivación creativa o el empeño improvisador han sido desvalorizados, cuando no absolutamente desconsiderados al pensarse métodos de gerencia en salud.

Motivación creadora y empeño improvisador; sin estas posturas el trabajo sanitario tiende a confundirse en la complejidad y desorganización de los complicados sistemas de salud y tiende a someterse a las trabajosas coacciones del medio socioeconómico-político de cada contexto.

En este sentido, tanto el proceso de formación como la experiencia institucional de los profesionales ejercen un doble efecto sobre sus subjetividades: no solamente los entrenan para relacionarse con sujetos degradados a la condición de objeto, como refuerzan su alienación y

desmotivación. Son agentes productores burocratizados, con bajo grado de compromiso y de responsabilización.

Supóngase ahora, un pintor que no se interesase por ninguna imagen. Un escritor que tuviera pereza y mala voluntad con el idioma en el que escribe. ¿Existen técnicas gerenciales o programas que compensen estas indisposiciones básicas? Una computadora con redactor de texto, diccionario y enciclopedia, ¿podrá contrabalancear este tipo de indiferencia asegurando la producción de un libro?

Un médico que haga clínica ya sea por imposición burocrático-administrativa o por el exclusivo interés en la remuneración, en el dinero. Un sanitarista que bostece abrumado delante de los inmensos impedimentos existentes si pretende controlar una epidemia. ¿Estos personajes pueden producir salud? ¿Alguna rehabilitación mínima, una migaja de cura? ¿O alguna reducción de tasas de incidencia? ¿Tal vez? No siempre un gesto mecánico es inocuo. Para bien o para mal, también él produce algún efecto, no hay como no admitirlo. De cualquier forma, con todo, estos gestos automatizados es forzoso reconocer estarán lejos de agotar toda la potencia sanitaria de la clínica y de la salud pública. Por último, ¿la eficacia de una práctica no debería ser avalada teniendo en consideración las potencialidades prometidas por el estado del arte de cada período? Desear lo máximo de rehabilitación, de prevención y de promoción, no será condición *sine qua non* para que se piense la utopía de la "salud para todos".

Imágenes semejantes a los dos personajes caricaturizados en los renglones previos –el escritor y el pintor alienados– lamentablemente no son apariciones raras. Al contrario, en salud, por ejemplo, se encuentran a montones. Se podría afirmar, inclusive, que son éstos los profesionales más numerosos, exactamente por ser los que se producen con más frecuencia por las instituciones del área. La mecánica deformadora de las escuelas, el funcionamiento burocratizado de los servicios y la dinámica individualista de la sociedad, son tres instancias aliadas para alienar al trabajador de su apego a la obra. Son tres máquinas unidas para desmotivar, desvalorizar el artesanado, desconocer méritos en el resultado final del trabajo sanitario. Importa, cada vez más, el éxito financiero o el cumplimiento burocrático de algunas normas endiosadas conforme sea la moda del período.

Se valoriza cada vez más la realización de procedimientos –deificación de los medios– y se verifica cada vez menos si la movilización de estos medios produjo o no salud, se redundó o no en rehabilitación, en reparación o en prevención de daños y si eso se hizo efectivo con el menor costo y con la menor imposición de sufrimiento y ausencia de confort a las personas.

Este trabajo defiende la tesis de que no habrá solución para el "problema de recursos humanos" sin enfrentar este patrón de subjetividad y de práctica que hoy predominan. Es decir, **la defensa de la vida debiera constituir el componente obligatorio del Campo de responsabilidades** de todo y cualquier profesional de salud.

La invención de nuevos dispositivos institucionales -gestión colegiada, vínculo, contrato de gestión, etc.- de nuevas maneras de enseñar, de avalar y de supervisar el trabajo en salud, cumplirá la función de retirar esa discusión del campo exclusivamente moral y ético. Crear los dispositivos concretos que refuercen la construcción de un nuevo tipo de compromiso entre los técnicos y la producción de salud.

Se aboga por una profunda reforma de las instituciones de salud con el propósito de alterar la relación entre agentes productores y la población dependiente de servicios de salud. No sólo se trata de discusiones sobre ética y exhortaciones morales, sino nuevos arreglos organizacionales, nuevos patrones de compromiso y nueva definición de los Campos de competencia y de responsabilidad



para los profesionales de salud.

Mientras tanto, no hay como escaparse del tema: la degradación moral del trabajo en salud debe ser enfrentada y derrotada.

En un artículo denominado "Determinación y Libertad" Jean Paul Sartre llamó la atención sobre el papel paradójico de los valores éticos imperativos. Si por un lado representan algo impuesto al sujeto por la tradición, por el pasado, por otro, una vez interiorizados, permitirán al individuo resistir las dificultades del contexto histórico. Es decir, estos valores imperativos restringirán tanto como ampliarán la libertad de un sujeto en una situación determinada.

"... el imperativo... no conoce la coyuntura, esto es, el nexo de determinaciones anteriores. Sería mejor decir que no quiere conocerla; en todas las épocas la literatura traduce estos casos límites en que el imperativo trata de negar todas las determinaciones externas y que, sin embargo el imperativo se cumple... Esta negación incondicionada de las determinaciones del exterior equivale a reconocer en el agente, además de la exterioridad, una determinación en la interioridad" (Sartre, 1982).

Saltando al espacio de salud: ¿será posible la producción de salud sin que los trabajadores estén imbuidos de un imperativo moral que los obliga forzosamente a defender en forma compulsiva la vida de los individuos y colectividades bajo su responsabilidad?

¿Habría un sistema gerencial de gran poder o lo suficientemente fuerte para compensar la ausencia de este principio? ¿Habría algún mecanismo de control capaz de sustituir la voluntad de curar de los agentes sanitarios? ¿Habría una gran recompensa monetaria o de suficiente importancia como para comprar empeño, creatividad y responsabilidad de los profesionales de salud?

La defensa de la vida debiera ser un trazo distintivo de los servicios de salud. Una marca que los distinga de los establecimientos de comercio, o de educación o de la misma área política. La especificidad, la diferencia que más exprese, que más aclare sobre la identidad de los profesionales de salud.

Producir salud es la misión de las instituciones de salud, el trazo que los legitimaría socialmente. El "valor de uso" del trabajo sanitario, el objetivo mayor de todo y cualquier sistema de salud.

Al mismo tiempo, se sabe que los sistemas de salud están, también, atravesados por otras lógicas. Tienen múltiples determinaciones que modifican el resultado final de sus acciones. Pero casi todas estas otras influencias, por último, están vinculadas a dos ramas o linajes principales de determinantes: el interés económico de los productores y la disputa por el poder. Estos dos vectores "contaminan" lo cotidiano de los servicios alterando los resultados al crear, en la práctica objetivos adicionales que, en muchos casos, acaban por pesar más que la defensa de la vida.

Guattari, apoyándose en Sartre, trabajó los conceptos de grupo sujeto y de grupo sujeto sujetado. Este último se caracteriza por el inmovilismo y por la incapacidad de modificar lo instituido, teniendo en vista su subordinación pasiva a las determinaciones del contexto interno y externo a las organizaciones.

Los primeros serán aquellos implicados virtualmente con el proceso de cambio. Con todo, este autor reconoce en los "grupos sujetos" un apego paranoico a algún proyecto. Apego que los animaría tanto a pensar en forma crítica los espacios institucionales como la de inventar brechas por donde insinuarse hasta nuevas posiciones. Mientras tanto, esos trazos paranoicos crearán propensión al propio encierro en sectas o en pequeñas comunidades (Guattari, 1981).

A pesar de que este autor apunta a que ningún grupo conseguirá asumir integralmente cualquiera de estas polaridades –existirán en lo concreto descolocamientos entre uno y otro extremo– en salud el proyecto compulsivo que salvaría a los sujetos de la alienación, sería el apego desmesurado a la

misión de curar, rehabilitar, prevenir y promover salud, siempre tratando de estirar al máximo el límite impuesto por las circunstancias.

Como ejemplo analizador valgan las consideraciones sobre un caso concreto en que se apostó, en forma deliberada, a la reforma moral de los trabajadores y también a la concomitante reforma de la organización de los servicios de salud. La disminución de los coeficientes de alienación de los trabajadores fue un objetivo explícitamente definido y buscado por la dirección de la Secretaría de Salud de Campinas durante el período 1989/91<sup>2</sup>.

La consigna principal de aquel gobierno fue "en defensa de la vida". Palabra de orden en apariencia banal, pero que el equipo dirigente tomaba con la máxima radicalización, un destino y un desafío que se cumpliría mejor que aquel de la medicina de mercado o el de la salud pública tradicional. Con esta idea-guía el cuerpo directivo enfrentó orgulloso la aridez y las dificultades de lo cotidiano.

Al reflexionar con más cuidado hoy, se percibe que en ese punto estuvo la fuerza y la debilidad de aquella experiencia.

¿Qué es lo que significaba la directiva "en defensa de la vida" para el grupo dirigente de aquella institución?

Desde el primer momento, se dio un criterio distintivo-orientador de las negociaciones entabladas con todas las otras lógicas o intereses en juego.

En primer término estaría la defensa de la salud, después el resto. Casi siempre se decidía estar encaminado a la misión principal de la Secretaría: los servicios de salud deberían estar orientados para aumentar su capacidad de producir salud, curar y rehabilitar a las personas.

Por estos motivos, muchos consideraban ingenuos o intransigentes a los responsables por esta política. No se concedía prioridad a las conveniencias partidarias, o a los intereses corporativos o a conflictos de orden personal. Tampoco se transigía con la inercia burocrática. La búsqueda de salud justificaba las innumerables rupturas que fueron provocadas. En este sentido, aquellos dirigentes sanitarios fueron tenidos como si fueran ETs dentro de la máquina estatal.

Sin embargo, apoyados en ese mismo impulso consiguieron legitimidad en distintos segmentos de la sociedad. Muchos no simpatizaban con el origen, con las convicciones o con las fidelidades de aquellos gobernantes, pero estaban obligados a reconocer el empeño con que reformulaban al aparato de salud municipal. Con aquel lenguaje de radicalización sanitaria llegaron reconocimientos y apoyo además, para el Partido de los Trabajadores, que era mayoritario en la composición del gobierno municipal. La prensa, la opinión pública, los sectores de funcionamiento, todos estuvieron obligados a reconocer que se estaba gobernando en pro de la salud.

En este aspecto residió la fuerza de la referida experiencia.

Mientras tanto, tal vez por estas mismas razones, no se supo o no se pudo conservar el poder.

Desde el punto de vista del resultado, poco importa no saber o no poder, ya que el hecho concreto fue que el equipo dirigente se inmoló a la imagen autoconstruida.

Allí estuvo, por lo tanto, también la debilidad de aquel proyecto.

A pesar de esa constatación, sería precipitado juzgar que no se disponía de estrategia para sustentar los cambios por los cuales todos luchábamos. En realidad se procuró reforzar el poder popular. Se estimuló la creación de Consejos, la participación de usuarios y el diablo a cuatro.

<sup>2</sup> Fui secretario municipal de salud en el período de Enero de 1989 a Junio de 1991. En la ocasión se articuló un equipo de dirigentes vinculados al movimiento sanitario brasileiro. El gobierno se decía democrático y popular.

Además de todo, por obsesión específica de los dirigentes de salud, se cuidó de fortalecer el compromiso de los trabajadores en la gestión.

De cualquier manera, lo que se pretende destacar con esos recuerdos, son las dificultades de un gobierno que claramente priorizó la colocación de porciones del aparato del estado al servicio de la salud de la mayoría. Por desgracia, esta huella es rara. Fueron pocos los gobiernos socialistas o conservadores que a lo largo de la historia, defendieron esa marca en la práctica. En general, cuando eso ocurrió, se debió a la conjunción de circunstancias políticas que en la práctica obligaban a los que detentaban el poder a proteger sectores del estado de los efectos paralizantes producidos por el propio poder dominante. En Brasil, son escasos los ejemplos de eficacia social de las políticas públicas. Tal vez se puede citar el caso de Salud Pública en el comienzo del siglo, como ejemplo parcial de estas circunstancias. Más recientemente, hubo un gran número de municipios que osaron hacer valer políticas amplias de salud.

Con todo, no se podría considerar que en el Brasil de hoy, haya ese tipo de conjunción de determinantes que en la práctica obligaría a cualquier gobierno hacer que la educación o a la salud pública, funcionen. Al contrario.

Al analizar la potencia política de los principales actores involucrados con la producción de proyectos o de hechos innovadores en el escenario de la salud, se estará en la obligación de reconocer la crónica debilidad de casi todos ellos.

De cualquier forma, se reconstruyen estos eventos reconociendo como imperativo la defensa de la vida; se facilitó la tarea gubernamental de implantar el Sistema único de Salud (SUS). En este caso, el actor social implicado fue un equipo de gobierno. La reflexión principal de este artículo, con todo, se concentra en el estudio de la posibilidad de que otros sujetos colectivos -trabajadores de salud, principalmente- se involucraran con la producción de salud.

Trabajadores, equipos, servicios y sistemas de salud deberían (verbo imperativo que indica una acción valorativa) comprometerse en forma radical con la producción de salud.

Este "debe ser" ¿transcenderá las limitaciones objetivas de cada coyuntura? En el fondo, la cuestión puesta en debate será junto con la aparente neutralidad aséptica de los métodos gerenciales ¿se tendrá que llevar ese mandamiento fundamentalista?

Centrar el eje de los servicios de salud en la producción de salud, es, por consiguiente, en defensa de la vida. Por otro lado, cabría hacer esta pregunta ¿esta directriz servirá como prerrequisito para clasificar aliados o indicará un objetivo más a ser construido?

¿Cómo evaluar con anticipación el grado de adhesión potencial de cada uno de estos segmentos, o actores sociales, a la noción de defensa de la vida? Es decir, cualquier gobierno, o cualquier grupo de profesionales o el pueblo organizado en cualquier situación, ¿podrían ser igualmente "trabajados" mediante el uso de una metodología adecuada para tener un mayor compromiso con la defensa de la vida?

Un clínico no podría recusarse a hacer tratamiento a un sujeto que demandase sus servicios, ¿en qué medida la ética política o gerencial se asemejará a ésta cuando se evalúa el potencial transformador de un actor dado o de su proyecto?

¿Podrían haber coeficientes de defensa de la vida, grados de participación con la producción de salud? ¿No sería un objetivo estratégico y permanente del trabajo sanitario procurar siempre dispositivos que aumenten la implicación de gobiernos, trabajadores y de sectores organizados de la sociedad, con la defensa de la vida? O, aun más, la noción de producción de salud no estará siempre orientando la lectura de qué se hace de las prioridades, o la elección de procesamiento de

problemas, o la elaboración de implementación de proyectos, y eso ¿no sería verdadero para cada uno de los actores implicados?

¿Podrá ser diferente? ¿Valdrá la pena ser diferente?

A guisa de conclusión: con certeza, la defensa de la vida es mucho más que un camino con innumerables partidas y llegadas, un lugar del cual un sujeto puede estar todo el tiempo lleno de certezas o de furor *curandis*.

En el interin, la defensa de la vida debiera funcionar como un eje estructurante del proyecto de construcción de un sistema público de salud, una base sobre la cual los sujetos podrían apoyarse para enfrentar las contingencias de las determinaciones histórico-estructurales. Nótese que nunca sería el único eje estructurador de las prácticas sanitarias. Existen también otros intereses, el dinero y la búsqueda de poder indicando un sentido para la acción de las personas.

## **7. Control sobre los trabajadores de salud versus democratización institucional**

¿Cómo extraer el concepto de derecho a la salud del abstracto mundo de las leyes para traerlo al mundo concreto de la vida cotidiana?

Existen dos ejes básicos que se supone son capaces de realizar tal empresa. El primero habla del respeto a la construcción de sociedades justas y saludables: empleo, trabajo, distribución de renta, vivienda, medio ambiente saludable, educación y ocio. El segundo eje lo constituyen los propios servicios de salud con una capacidad limitada, sin embargo real, de producir también, salud.

En los últimos años, en Brasil se movilizaron un conjunto de recursos, se inventaron métodos y diseños institucionales orientados para la reformulación de los servicios de salud y la creación de un nuevo sistema, el SUS. Este sistema estaría basado, principalmente, en la democratización, descentralización, modernización de la gestión, y reformulación de los modelos de atención de la salud.

Uno de los instrumentos propuestos para este fin sería el control social del sistema por segmentos organizados de la sociedad. Hasta ahora había prevalecido la tradición de izquierda: formar Consejos de Salud, preparar cuadros para el ejercicio de la participación, etc. (si es que hay etcétera).

Hay pocos estudios sobre el relativo fracaso en la práctica de esa tan seductora teoría de la participación popular. Por diversos motivos los Consejos no han logrado imponer a los gobiernos políticas sociales de carácter más amplio y tampoco han conseguido impedir que se desarmen experiencias locales exitosas. Sin duda, las acciones de estos Consejos poco han influenciado a los métodos de gestión o el desempeño del trabajo en salud. El control social a través de los Consejos no ha alcanzado de forma contundente a lo cotidiano de los servicios y, por lo tanto, no lograron servir como dispositivos de negociación con los intereses corporativos de los trabajadores de salud.

No será por estas constataciones que se podrían sacar conclusiones por el fracaso o la inutilidad del sistema de los Consejos. Al contrario, se trataría de perfeccionarlos mucho más. De buscar formas de fortalecerlos, de estructurarlos y de dotarlos de mayor poder político y de mayor competencia técnica. Es atribuir *a priori* a los Consejos la definición más genérica de la planificación de los sistemas de salud. La elección de prioridades, planes de ejecución y de expansión de la red siempre deberían contar con la aprobación de estos Consejos.

Sin embargo, por más autónomos o por más independencia política que disfruten los Consejos, se verifica que nunca podrán sustituir a la gerencia, en lo cotidiano de los servicios de salud. Cómo

mucho podrán ejercer algún tipo de fiscalización sobre el trabajo en salud, apuntando límites para comportamientos y posturas corporativas o clientelistas.

De las líneas más ortodoxas de evaluación de servicios de salud (Donaedianos entre otros) y de calidad total se sustrajo recientemente la idea de escuchar a la gente por medio de encuestas de opinión –los famosos satisfactómetros– y después se devuelve los resultados a la dirección de equipos de salud. En esencia estos indicadores debieran orientar reformulaciones en el funcionamiento de los servicios de salud. Uno de los componentes de las planillas de indicadores serían los coeficientes de satisfacción levantados dentro de la población adscrita a un servicio, Sin duda, se trata de un mecanismo útil y potencialmente esclarecedor para la gestión de salud.

En verdad, valdría la pena que se defiendan también la generalización de otros mecanismos de control social que se harían efectivos por medio de patrones más explícitos de vínculo entre profesionales de salud y pacientes o clientes o usuarios, o cual fuera la denominación políticamente correcta para nombrar a los ciudadanos cuando no están integrados a una estructura colectiva de poder popular.

Es de lamentar que casi ningún servicio público, en Brasil, hizo la experiencia de implementar ese tipo de dispositivo. Así, además, habría que incorporar la defensa teórica de esa directriz, tan despreciada por la izquierda y tan repudiada por gobiernos y profesionales que reconocen en la definición explícita de mecanismos institucionales de vínculo, recursos que amenazaría la relativa libertad con que vienen manejando sus intereses particulares.

En realidad, se termina atribuyendo a la gerencia el grueso de la función de control sobre los procesos de trabajo. Sin embargo, se sabe que hay una tradición brasilera en gerenciar el trabajo en salud según reglas tayloristas, normatización burocrática, supervisión directa y control de horario y de productividad.

Este estilo es dominante excepto cuando se refiere a los médicos, en cuyo caso se acostumbra a dejarlos casi libres de cualquier control.

Aun así, hay experiencias bien estructuradas de democratización institucional. Son experiencias concretas y con la teorización concomitante: gestión colegiada, horizontalización de organigramas en hospitales y centros de salud, reestructuración multiprofesional de equipos, planificación local y ascendente, negociación permanente de indicadores de desempeño y de metas, y ampliación de autonomía de los equipos de trabajadores (Campos, 1992).

Todos estos cambios se justificarían, en principio, por ser medios potencializadores de cambios si estos son sustantivos y finales, porque se refieren a los modos de producir salud. Los nuevos modelos debieran asegurar acceso, recepción, aumento de la capacidad resolutive, inclusive con ampliación del grado de autonomía del usuario, etc., etc.

¿Por dónde comenzar, en esa maraña, a desentrañar los procesos de reforma? ¿Por la participación de la sociedad civil, o por el cambio de las directivas gubernamentales, o por el cambio de la participación de los profesionales, o por los diseños de modelos de atención, o también por la alteración del modo de gerenciar los servicios de salud?

Por cualquier lugar por donde fuera posible o conveniente sería la respuesta científica, ya que hay una relación dialéctica de condicionamiento y determinación entre todas estas líneas de cambio.

Esta respuesta inteligente no debiera, sin embargo, ocultar la paradoja implícita en la polaridad control social o gerencial de los profesionales y democratización institucional.

El diseño institucional democratizado, arriba sugerido –Consejos deliberativos, gestión colegiada, horizontalización de los organigramas, etc.– es incompatible tanto con la tradición autoritaria de los

aparatos estatales como con la de las empresas capitalistas. Esta contradicción se refleja en la ojeriza que la Gestión Colegiada provoca entre las diversas escuelas de administración y/o de planificación.

En realidad, la democratización de los servicios de salud presupone una cierta concentración de poder político, suficiente como para abrir canales de participación o, por lo menos, para garantizar, para las bases espacios abiertos, desde abajo hacia arriba.

En los últimos años algunas organizaciones de salud consiguieron democratizarse. En todas ellas se constató una combinación de concentración de poder y, por lo tanto, un cierto grado exacerbado de control sobre el sentido del trabajo en salud, con reforma de organigramas y de las relaciones de poder, teniendo como objetivo dotarlas de mayor horizontalidad. Un proceso semejante viene ocurriendo, desde 1992, en el servicio de Salud Cândido Ferreira de Campinas, San Pablo. Lo que ocurre en el Hospital Municipal de Volta Redonda, Rio de Janeiro, no es diferente y pasa algo similar en Betim, Mina Gerais. En todas estas experiencias hay poder concentrado de gobierno, impulsando, estimulando, quebrando resistencias, en un movimiento de arriba para abajo, de manera de asegurar la prosecución de la democratización. Con el tiempo, con todo, se espera una inversión de la tendencia, es decir, que la base de los ciudadanos ligados a los servicios puedan autoestimular la continuidad de estas experiencias.

Sin embargo, queda la pregunta: ¿existen en la historia muchos episodios de donación o de cesación de poder? No, no hay.

En concreto, por lo tanto, habría entre estas dos directrices, una cierta paradoja: para que se democratice el poder institucional se exige concentración de poder. Alguien –¿gobierno?, ¿movimiento?, ¿grupos de trabajadores?– que apoyen el proceso. Para el mantenimiento y prosecución de las experiencias de participación, también parece ser indispensable la presencia activa de garantes: de nuevo, gobiernos, o movimientos que preserven lo conquistado. Tal vez, parece ser también indispensable hasta leyes o reglamentos que dificulten la destrucción de los dispositivos democráticos conquistados para mantener la continuidad de estos proyectos ya que se han obtenido resultados muy preciados y es difícil atribuir únicamente a los movimientos sociales la garantía de tales procesos. Nadie soporta pelear todo el tiempo contra el revocamiento de órdenes gubernamentales.

Habermas y habermasianos creen, en general, que sólo habrá democracia cuando se expanda por toda la sociedad una cierta disposición comunicativa, superior a los anhelos inmediatistas de instrumentalizar a los otros para su propio beneficio. La voluntad comunicativa es también mayor que los deseos estratégicos de dominar a los otros en provecho propio. Un gran acuerdo entre franciscanos de primera hora. Es conveniente insistir, de primera hora, porque ya los de la segunda generación conservarán el hábito, pero caerán en la tentación habitual al común de los mortales.

Esas oposiciones entre democratización, cambio y centralización de poder aparecen claramente cuando se compara las doctrinas de planificación y de administración –cualquiera de ellas– con las de análisis institucional- en cualquiera de sus versiones.

El análisis institucional, bastante influenciado por el psicoanálisis, tiene un compromiso radical con la producción de sujetos. Su objetivo declarado es el de aumentar la capacidad de autoanálisis y de autogestión de grupos organizados (Baremlitt, 1992). El cumplimiento de la misión institucional sería un objetivo que se origina de los dos primeros.

En apariencia, podría no haber contradicción entre producir sujetos y producir salud. Sin embargo, en la práctica brotan conflictos entre técnicos y usuarios como brota la maleza en la época

de lluvias. Por ejemplo, el tiempo, en el análisis institucional, es regulado por el tiempo, casi terapéutico, necesario para que los sujetos, equipos de salud, examinen y recompongan sus identidades y proyectos. El tiempo del paciente será siempre el de ayer, o el inmediato y el de la angustia que es intentar escapar de la muerte y del sufrimiento.

En el mundo de la política, al cual la planificación estratégica situacional procura aproximarse, ocurre exactamente lo contrario. Primero hay una cuestión del poder, de competencia en el mercado, del cumplimiento de directivas gubernamentales, etc. El desarrollo de los recursos humanos -¡hasta el lenguaje es otro!- pasaría ahora al efecto colateral, el objetivo secundario. Hoy en día, sin duda, hay una mayor valorización de la gerencia de recursos humanos; casi más que nunca, de hecho la producción de sujetos es un fin en sí mismo para las diversas escuelas de administración.

El análisis institucional se declara competente para hacer el recorrido entre producción de sujetos y juego político; entre autogestión y cumplimiento de metas institucionales. Pretende compatibilizar determinaciones generales –económicas, ideológicas, culturales y políticas– con otras moleculares. Sin embargo, creo que ninguna de sus corrientes consiguió concretar tal travesía. Muchos autores vienen dando vueltas desde ambos lados, pero siempre se termina por privilegiar uno de estos polos. En general no tienen un proyecto de estado o de gobierno. Se sugieren redes microscópicas de autogestión y de reconstrucción de subjetividades. Pero los gobiernos, la economía, la cultura, se van rehaciendo con agresividad y paciencia, al final están armados con poderosas máquinas de producción de modos de subjetivación, lo que los grupos alternativos tardaron años en producir.

De cualquier manera, valdría la pena tener la capacidad de dedicarse a comprender mejor quienes son los sujetos con los cuales se pretende rehacer el mundo de las instituciones de salud. Dar mayor tiempo a la destilación de obsesiones y de resentimientos entre médicos, enfermeras y demás profesionales salud. Descubrir mecanismos de llevar a la discusión y demanda de los usuarios hasta lo cotidiano de los servicios y, sobretudo, subordinar dinámicas políticas de gobierno a la misión de cada institución. Para esto, el análisis institucional tiene recursos que las teorías administrativas no tienen.

Además de esto, al analizarse con cuidado las diversas teorías de gerenciamiento o de planificación se constata que, todas ellas, priorizan el fortalecimiento de los equipos de gobierno o de gerentes. Y que estos a su vez, en general, han tenido dificultades en aplicar en forma radical el espíritu de la democratización institucional.

Hay una explicación para esto. Las direcciones de las secretarías de salud, de hospitales y de proyectos, luchan con demandas específicas en el ámbito gubernamental, es decir, en general, priorizan a su propia capacitación al aumento de su capacidad de gobierno y su gobernabilidad. Por lo tanto, cuando estuvieron juntos el movimiento a favor de la democratización institucional y de los cambios en el modelo, se torna viable articular estos dos objetivos.

Lo que se pretende resaltar aquí, no obstante, es que con frecuencia el "objeto de trabajo" de la administración y de la planificación casi nunca incluye la producción de sujetos sociales como uno de sus objetivos; es decir, hay una tradición mayor de controlar al personal a la de otra, estimularlo para que se construyan como sujetos autónomos y responsables.

La combinación de métodos de gestión y de planificación con estrategias originadas en el análisis institucional puede combinar estas dos lógicas, al tornarse posible tanto el cumplimiento de la misión de los servicios de salud como el de asegurar un tiempo y un espacio institucional para el desarrollo real del personal de salud. Por lo tanto, será necesario fabricar espacios donde fuera

posible trabajar juntos, dirigentes, equipos de salud y movimientos populares.

#### **8. La gerencia, los trabajadores y la sociedad en procesos de cambio**

Aquí nos encontramos con el viejo tema de la externalidad de los proyectos políticos. ¿Existe un cambio sin vanguardia que lo difunda y lo defienda? ¿Hay una relación entre vanguardia y masa o con lo que sea autoproducido y viene de afuera?

Defender la vida en forma radical presupone cambios en el modelo vigente de atención a la salud. ¿Cada grupo recrearía nuevos procesos de trabajo de cero o sólo desde su propia experiencia? ¿Habrán producciones originales? O, partiendo hacia el extremo opuesto, ¿se debería entremezclar los pretendidos cambios en programas o en normas asegurando así su más rápida y segura divulgación?

Está de moda trabajar con problemas indicados por los equipos de salud, innumerables métodos de planificación adoptan procedimientos semejantes. Se estimula a los grupos presenten, ellos mismos, los problemas considerados más relevantes. Enseguida, se busca procesarlos. Cabría preguntar, ¿por qué aun partiéndose de puntos dispares, las soluciones y directrices producidas tienden siempre a ser tan semejantes?

¿Se estará induciendo con métodos directivos diseños operativos preestablecidos?. O, ¿será que podrá haber una tendencia a reproducir patrones organizacionales consagrados, siendo muy rara la aparición de nuevos inventos también en los modos de producir servicios de salud? ¿Cuántos años llevará inventar cuatro o cinco nuevas maneras de atender la demanda, o de avalar servicios, o de organizar un hospital? ¿No sería idealista la pretensión de que cada equipo reinvente en cada circunstancia, en cada ciclo de planificación?

En verdad, los famosos paradigmas kuhnianos funcionan también, fuera de la esfera de las ciencias y, en verdad, los profesionales de salud tienden habitualmente a actuar amarrados a una determinada red de conceptos y de valores que limita su capacidad de invención.

En este sentido, ¿serán suficientes los analizadores propuestos por el análisis institucional, o los ruidos de las teorías comunicacionales, para desencadenar procesos de cambios del modelo?

¿Cuándo y de qué manera se debería traer a los equipos nuevos saberes y prácticas ya vivenciadas en otros lugares lejanos del planeta?

Y aun más, partiendo de un cierto paradigma, ¿no habría también miopía desde el momento de la propia elección del problema? Esa ceguera, ¿será apenas situacional o podrá tener raíces mucho más profundas y, por lo tanto, ser totalmente resistentes a las evidencias producidas, aun cuando haya un buen eje conductor que lo justifique?

¿Cómo traer al ruedo problemas no elegidos por el equipo, pero que sean considerados fundamentales a la lógica de la defensa de la vida? ¿Cómo sugerir modificaciones cuando propuestas que se saben restrictivas estuviesen siendo implementadas?

Frente a la omnipresencia del modelo médico tradicional y de la pobreza del discurso alternativo de la salud pública, limitado en general a la idea que la implementación de distritos en un determinado territorio con un cierto grado de participación comunitaria, y con énfasis en técnicas de vigilancia a la salud será capaz de producir por, sí sólo, salud frente a estos dos paradigmas tan arraigados ¿cómo proceder? ¿Habrà que callarse, aun sabiendo que una de estas dos alternativas, casi siempre va a aparecer como solución la producción de sellos? Aun conociendo las distorsiones medicalizantes del modelo privatista, los límites operacionales y la pobreza de impacto del modelo



de vigilancia a la salud, ¿se debiera esperar que cada equipo descubra por experiencia propia lo ya conocido?

Guattari llama atención sobre el hecho de que la producción de nuevas subjetividades depende de una cierta apertura de los sujetos a nuevos referentes. ¿Cómo producir estas "aperturas?" No es tarea fácil despertar en las personas la necesidad de conocer nuevos mundos. De cualquier forma, al producirse estas brechas habría que tener contacto con otros referentes. Los paradigmas hegemónicos de la clínica, de la salud pública, de la política y de la administración son muy pobres y lo son, en principio, cuando se pretende la creación de nuevas instituciones, de nuevos profesionales y de nuevas formas de hacer una política adecuada a la defensa de la vida.

Así, habría que hacer algunas reflexiones a ser practicadas con los equipos antes de la elección de procesamiento de problemas.

¿Qué categorías traer para la discusión? ¿Cómo escapar de la receta rápida? La elección de estos conceptos para el debate deberían variar conforme a la historia de cada institución, pero es cierto, hay algunos puntos que aparecerán con mucha frecuencia.

La noción de "responsabilizarse" por el paciente o por la comunidad por ejemplo ¿qué implicaciones, qué desdoblamientos tendrían que adoptarse al criterio de "producción de autonomía entre los usuarios como evaluador de calidad?" Discutir el modo alienado y fragmentado de como se hace la atención a la salud, la centralidad de los procedimientos, en general desligados de la discusión más ampliada del proyecto terapéutico. Otro tema espinoso es el del papel de los profesionales de la salud y del equipo, trabajar mejor las ideas de campo y de núcleo, de responsabilidades profesionales. Otro asunto podría ser el de la gestión participativa. Otro, el del papel de la clínica y de la salud pública, cómo integrarlos en la práctica. Además de eso, sobre la delimitación de los objetos de trabajo de los equipos, el hecho de que la enfermedad incluye dimensiones sociales, subjetivas y biológicas, las consecuencias que traería eso para la práctica y formación de los profesionales. Además, valdría la pena redefinir las nociones de lo que sería hacer política en salud. Recordar que aparte de la lucha parlamentaria y social, más general, hay luchas políticas que se expresan en lo cotidiano, envolviendo a médicos, dentistas, fisioterapeutas, técnicos, usuarios, opinión pública, instituciones científicas y formadoras de cuadros, gobiernos y sus representaciones, etc.

Entre todo lo ya mencionado, se podrá destacar como central al cambio de modelo la noción de vínculo. Modificar los patrones de la relación profesionales de salud-clientela, objetivando ampliar los coeficientes de vínculo de ellos con las personas concretas dentro de cierto contexto existencial. Esto sería la piedra de toque de cualquier proyecto que pretendiese cambiar los modos de atención. Conciliar con la mala voluntad con la cual este tema ha sido encarado, es conciliar con la permanencia de patrones intolerables de alienación de los trabajadores de salud y con la ineficacia de la clínica y de la salud pública.

Hace poco tiempo se definió el modelo de atención:

"... como un concepto que establece intermediaciones entre lo técnico y lo político. Como una concretización dada de directrices de política sanitaria en diálogo con un cierto saber técnico. Una traducción para un proyecto de atención a la salud, de principios éticos, jurídicos, organizacionales, clínicos, socio-culturales y de la lectura de una determinada coyuntura epidemiológica y de un cierto diseño de aspiraciones y de deseos sobre el vivir saludable. Modelo, por lo tanto, sería esta cosa tensa, que no es solo política y tampoco solo tecnológica" (Campos, 1994).

Concluyendo, es importante traer para los espacios cotidianos de gerencia estas discusiones en

todas sus dimensiones y con todas sus implicaciones. Si el tema es red básica, se tiene que discutir el papel de la clínica en este contexto, ¿cómo reformularla? ¿y el de la prevención? ¿y cómo se organizará el trabajo comunitario? etc., etc. Al mismo tiempo, se tratará de orientarse por la política del SUS, el perfil epidemiológico de la región, los datos extraídos de la demanda, por la ética y por lo que sería una clínica de calidad al redefinir papeles, responsabilidades y procesos de trabajo. Es decir, traer a lo concreto de cada servicio diseños que tengan en cuenta todos estos temas, pero que lo hicieran de manera práctica y funcional.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Basaglia, F. 1985. A instituição negada. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- Birman, J. Enfermidade e locura. 1980. Editora Campus, Rio de Janeiro.
- Campos, G.W.S. 1992. Reforma da reforma: Repensando a Saúde. Editora Hucitec, São Paulo.
- Camus, A. O. 1996. Homen revoltado. Editora Record, Rio de Janeiro.
- Castoriadis, C. 1982. A instituição imaginária da Sociedade. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Deleuze, G., Guattari, F. 1972. O Anti-Édipo. Editora Imago, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Ed.Graal, 1979.
- Guattari, F. 1976. Psicoanálisis y transversalidad. Editor Siglo XXI, Buenos Aires.
- Guattari, F. 1981. Revolução molecular. Editora Brasiliense, São Paulo.
- Paim, J.S. 1994. Recursos humanos em saúde no Brasil: Problemas Crônicos e desafios Agudos. Fac. de Saúde Publica/USP, São Paulo.
- Pires, Denise. 1996. Processo de trabalho em saúde no Brasil. Tese doutorado IFCH/UNICAMP, Campinas.
- Sartre, J.P. 1982. Determinação e liberdade. In: Moral e sociedade. Edição Instituto Gramsci. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.