



# Gestión en salud en defensa de la vida

Gastão Wagner de Sousa Campos

Václav  
Morgane



EDUNLA  
COOPERATIVA

# Colección Cuadernos del ISCo

*Títulos publicados*

## Serie Salud Colectiva

*El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*

Lilia Blíma Schraiber, 2019

*Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

*Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*

Eduardo L. Menéndez, 2020

*Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

*Pensar en salud*

Matio Testa, 2020

*Adiós, señor presidente*

Carlos Matus, 2020

*Método Paideia: análisis y gestión de colectivos*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

## Serie Clásicos

*Política sanitaria argentina*

Ramón Carrillo, 2018

*Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*

Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

*Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*

Josué de Castro, 2019

*La salud mental en China*

Gregorio Bermann, 2020

## Serie Didáctica

*Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*

Marcelo Luis Urquía, 2019

## Serie Informes Técnicos

*Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*

Instituto de Salud Colectiva, 2020

# Gestión en salud en defensa de la vida

*Gastão Wagner de Sousa Campos*



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Sousa Campos, Gastão Wagner de

Gestión en salud : en defensa de la vida / Gastão Wagner de Sousa Campos. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.  
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Salud Colectiva ; 14)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4937-80-3

1. Técnicas de Gestión. 2. Acceso a la Salud. 3. Atención a la Salud. I. Título.  
CDD 362.04

## Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Director: *Hugo Spinelli*

Editores ejecutivos: *Jorge Arakaki, Viviana Martinovich, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Patricia Rosemberg*

Fotografía de tapa: *Anthony-X, Pixabay*

Corrección de estilo: *Laura Gabriela Goldar*

Diagramación: *Martina Florio*

Traducción del portugués: *Asia Selvin Testa*

© 2021, Gastão Wagner de Sousa Campos

© 2021, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-80-3

DOI 10.18294/9789874937803

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727 | [edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958 | <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



*Este libro explora las posibilidades de que la finalidad de la gestión en salud tenga como eje principal “la defensa de la vida” y discute diversas líneas para orientar los cambios políticos, éticos y epistemológicos indispensables para una profunda reforma de la racionalidad gerencial hegemónica.*

Gastão Wagner de Sousa Campos

## Gastão Wagner de Sousa Campos

Nació en 1952, en una pequeña ciudad llamada Catalão, en el estado de Goiás, Brasil. Es médico sanitaria y profesor titular de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Cuenta con una gran trayectoria en el movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, como ideólogo y responsable del fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Fue secretario de Salud del municipio de Campinas en los periodos 1990-1992 y 2001-2002, secretario ejecutivo del Ministerio de Salud de Brasil, en 2003-2004, y presidente de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) en el periodo 2015-2018. Publicó una decena de libros sobre salud y cinco novelas, entre ellas, *Equívoco* (1993), *Calidoscópio* (1998), *Cérebro mente* (2006), *Espírito de época* (2012) y *Semblantes da violência* (2018). *La ley del deseo: tomar la Tierra por asalto* es su tercera novela y la primera publicada en español.

En 2013, Gastão fue homenajeado por el Programa Estadual DST/AIDS-SP, de la Secretaría de Estado de Salud, con el premio Brenda Lee (categoría “políticas públicas”) por su actuación en la lucha contra el sida, en Brasil. En 2009, fue galardonado con la medalla Oswaldo Cruz y, en 2010, con la medalla de la Orden de Mérito Médico, por los servicios prestados a la salud de Brasil.

Entre los artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva* se encuentran “[Paideia y gestión: un ensayo sobre el Soporte Paideia en el trabajo en salud](#)” (2005); “[El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas \(HC-Unicamp\)](#)” (2010); “[El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto](#)” (2015).

Es profesor de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús, desde 1999. En uno de sus tantos viajes a Buenos Aires, dictó la conferencia “Salud colectiva: Campo y núcleo de saberes y de prácticas” [[ver video](#)], en el marco de la apertura del programa de posgrados ISCo-UNLa 2019.

El relato de su historia en primera persona forma parte del acervo oral del Centro de Documentación “Pensar en Salud” (CeDoPS), que reúne a referentes de la medicina social, la salud colectiva y la salud pública de América Latina. Entre las entrevistas realizadas a Gastão se encuentran “Historia de vida y trayectoria profesional en el contexto de la reforma sanitaria” [[ver video](#)]; “Gestión en Salud: propuestas para una democratización de las prácticas” [[ver video](#)]; y “Fundadores de Salud Colectiva en Brasil: David Capistrano” [[ver video](#)].

Algunos de sus libros fueron publicados en Argentina, en la Colección de libros Salud Colectiva de Lugar Editorial, y ahora se suma a la colección de libros digitales Cuadernos del Isco, de acceso libre y gratuito.



# Índice

Prefacio: La larga disputa en torno a la complejidad de la vida y sus difíciles avatares al comienzo del milenio de la globalización	IX
Breve biografía de Gastão Wagner de Sousa Campos	XIX
Capítulo 1. Consideraciones sobre el arte y la ciencia de los cambios, revolución de las cosas y transformación de las personas: El caso de la salud	1
Capítulo 2. La ética y los trabajadores de la salud	31
Capítulo 3. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada	39
Capítulo 4. El AntiTaylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso	51
Capítulo 5. Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud	63
Capítulo 6. Equipos de referencia y apoyo especializado matricial	99
Capítulo 7. Salud pública y salud colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas	115
Capítulo 8. Coproducción de sujetos y de grupos colectivos: la función <i>paideia</i>	135
Referencias bibliográficas	187



## Prefacio

# La larga disputa en torno a la complejidad de la vida y sus difíciles avatares al comienzo del milenio de la globalización

*Mario Testa*

Cuando algo es necesario e imposible, hay que cambiar las reglas del juego (Jesús Ibáñez, *El regreso del sujeto. Investigación social de segundo orden*, 1991).

Este libro se refiere, precisamente, a una cuestión de este tipo, puesto que examina problemas de la vida misma, motivo por el cual los hace necesarios en una situación que se opone a las tendencias hegemónicas actuales y, por ende, los torna imposibles.

El hecho es que los científicos son (somos), con frecuencia, reacios a ocuparse (ocuparnos) de problemas de la vida cotidiana. Recuerdo haber leído en algún libro cuyo nombre no puedo acordarme —pero que seguramente trataba de matemáticas— “*life can be so non-linear*”. Cito esto aquí porque los científicos sienten (sentimos) una pasión por los problemas lineales, que son los que saben (sabemos) resolver con sabios procedimientos, bien comportados.

Tal vez el quiebre original de la visión tan ordenada de la vida se produjo cuando Kurt Gödel enunció, en 1931, su teorema de incompletitud e inconsistencia de los sistemas axiomáticos, con el que destruyó para siempre la ilusión generada dos décadas antes, entre 1910 y 1913, con la publicación de *Principia Mathematica*, de Alfred North Whitehead y Bertrand Russell, dos de los máximos exponentes del racionalismo a ultranza del Círculo de Viena. Hoy, setenta años después, los positivistas herederos de esa tradición no se han enterado todavía de su derrota y siguen en busca de problemas ideales.

El ideal de un problema es, dicho en términos matemáticos, una función continua y derivable. Estas nociones sirven como metáfora para pensar problemas de la vida, aun a sabiendas de que la metáfora no es ni debe confundirse con una hipótesis científica. No obstante, debemos reconocer la función que cumple al aportar al pensamiento abstracto algo que se origina en el mundo fenoménico: una intuición que inserta ese pensamiento en la realidad.

La continuidad de una función permite pensar en una lógica que la identifique y, en consecuencia, que la haga plenamente previsible. La derivabilidad garantiza un orden y, por lo tanto, también la promesa que la continuidad propone, de modo que la continuidad se constituye como condición necesaria y la derivabilidad como condición suficiente.

Sin embargo, la vida no es así; se parece más bien —especialmente si se la piensa desde la Argentina en 2001— a una catástrofe (Thom dixit) o a un fractal (conjunto de Mandelbrot). Cuando se pierde la continuidad surge lo imprevisto: cualquier cosa puede ocurrir en cualquier momento; sin derivada no es posible identificar los cómo, cuándo, dónde y por qué de los caminos que se transitan.

En este sentido, sin condiciones necesarias ni suficientes puede surgir la catástrofe (en su significado de producción discontinua) durante la cual solo crean los extraviados o extravagantes, es decir, aquellos para quienes vivir no es un trámite repetitivo ni burocrático, sino algo que posee pleno sentido y a través del que la vida y el pensamiento se abren caminos. No obstante, la catástrofe (en su significado de desastre) puede terminar en tragedia, si quienes actúan simplifican los conflictos al transformar en continuo la natural discontinuidad y, con ello, los exageran.

Aquí es donde aparece Gastão, navegando en ese mar proceloso, y se hace necesario presentarlo, no en su país, pero sí en el nuestro. Aclaro, ahora, que este texto que estás leyendo es una presentación del libro de Gastão Campos, su autor.

La necesidad de la presentación surge, para mí, y pienso que también para Gastão, de mi (nuestro) profundo convencimiento de la imposibilidad de comprender a un autor si no se conoce no solo el conjunto de su obra, sino también, diría Miguel de Unamuno, sus circunstancias. No haría falta ese conocimiento para *entender* lo que un autor *dice* (para ello basta con saber leer). La comprensión, en cambio, implica adquirir un cierto compromiso con el texto, ya sea a favor o en contra, y más allá de ello con el autor leído. Se trata, entonces, de un primer paso que puede llegar a desencadenar una acción en el nivel social, que se inscribe en la línea de articulación entre conocimiento e interés.

*Entender* se relaciona con el significado, en este caso, del texto. *Comprender* va mucho más allá porque se trata de la adquisición del sentido, que es imprescindible cuando lo que está implicado es la creatividad puesta en juego

por el autor. Se entiende un texto, se comprende a un autor creativo, como lo es Gastão Campos. La comprensión es, entonces, la base del compromiso, y esta es la búsqueda que persigue Gastão en sus trabajos o —debiéramos decir— en su obra. Ahora es posible entender —o mejor comprender— lo que se afirma en el siguiente apartado al decir que se presenta la vida y obra del autor, ya que es él quien nos lo aclara cuando afirma que:

...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.

Háganse las correcciones que correspondan y se llegará a la comprensión buscada, es decir, se presenta la obra como manera de facilitar, para nuestro público, la tarea no fácil de la comprensión que el autor persigue. Y no es fácil porque está implicada la historia pasada, pero también la que se intenta construir a partir de los nuevos compromisos que se requieren.

La doble implicación refiere a los motivos (porque) históricos (pasados) de quienes participan en el diálogo que Gastão establece con sus lectores, junto con los motivos (para) históricos (futuros) de los proyectos compartidos. Comprender esa doble motivación hace necesario que presentemos al autor que propone proyectos (o métodos para su formulación) a partir de su obra.

¿Qué es lo que me autoriza a realizar esta presentación? Diré que mi conocimiento del tema experimentó un fuerte refuerzo cuando, en octubre de 2000, el profesor y doctor Gastão Wagner de Sousa Campos se presentó ante un jurado —del que formé parte— de la Universidad Estadual de Campinas para aspirar al título de libre docente. Las pruebas estuvieron precedidas por la presentación de un memorial y una tesis. El primero es un relato de la vida del aspirante, una especie de currículum ampliado, que incluye todo aquello que el incumbente considera significativo en su vida, desde el nacimiento —a veces desde antes— en adelante.

Ahí me enteré de lo que no sabía acerca de Gastão, aunque ya lo conocía bastante a través de los varios y cada vez más frecuentes contactos mantenidos con él durante las dos últimas décadas del siglo pasado, en los que pudimos compartir trabajos, tristezas y alegrías.

No cabe duda de que el camino que hacemos en la vida es, al mismo tiempo, personal e histórico, pero la historicidad no siempre se manifiesta de la misma manera, así como las vidas personales difieren considerablemente de una a otra persona. Las inevitables diferencias entre las vidas personales

y entre historias de distintos tiempos y lugares no impiden, sino que, por el contrario, exigen la compatibilidad entre vida personal e historia. Es más: la vida personal adquiere su pleno sentido como constructora de la historia.

En nuestro caso, el de Gastão y mío, a pesar de la diferencia de edad —un poco más de un cuarto de siglo—, hemos recorrido algo así como caminos paralelos, no porque el recorrido fuera el mismo, sino porque a ambos nos fue guiando una misma —o similar— esperanza, una misma —o parecida— manera de entender la realidad, un mismo (o así lo creo) comportamiento frente al infortunio.

Hay, entonces, una suerte de homomorfismo (no es lo mismo, pero es igual) que salva las distancias entre nuestras biografías para construir una misma historia. Mejor dicho, el homomorfismo establece un paralelismo *topológico* alejado del plano de la cotidianidad. El alejamiento de lo cotidiano es una necesidad de la reflexión crítica, tal como creo haberlo mostrado en la relación que establezco entre la vida cotidiana y la ciencia. No obstante, también hay que recordar que toda reflexión crítica tiene que regresar a la cotidianidad, que es desde donde se construye la historia. Este regreso se transforma en movimientos recursivos, pero no en tanto movimientos repetitivos sino como transformaciones en sucesivos niveles que conservan, destruyen y superan la situación anterior.

Sin embargo, lo que acabo de escribir —que me autoriza a realizar esta presentación— creo que no expresa adecuadamente mi pensamiento, tal vez porque el tema sea difícil de dilucidar, tal vez por la confusión que embarga mi mente al enfrentar algo que me compromete de manera muy vital. Pero es inevitable intentarlo para poder considerar adecuadamente la comprensión de alguien que ha logrado las transformaciones de sí mismo y también de otros a través del ejercicio del liderazgo, como lo ha logrado Gastão.

Por eso, considero que debemos escarbar en los conceptos utilizados, ya que hace mucho tiempo sabemos que el conocimiento común no es necesariamente verdadero, ni siquiera cuando se lo refuerza desde el magisterio o la cátedra. La suma de los ángulos internos de un triángulo es de  $180^\circ$  sobre la hoja del cuaderno, pero no lo es sobre la superficie de la Tierra. Cabe una pregunta retórica: ¿qué es más real, la Tierra o la hoja de papel en blanco del alumno sentado en su banco escolar?

Estas preguntas retóricas conducen a identificar que muchos de los conocimientos que consideramos definitivamente adquiridos —porque han sufrido el proceso que Juan Samaja llama *recaída en la inmediatez*— no son otra cosa que una manifestación más de la ideología como velo de apariencia que oculta la realidad, y también coincide con la idea —ya expresada antes— de *no linealidad de la vida*.

Intentemos aclarar las ideas. Gastão es brasileño y yo argentino. Una histórica rivalidad que va mucho más allá del fútbol, que surgió desde la famosa *bula* que nos dividió para siempre, con manifestaciones tan ostensibles como la creación de la República Oriental del Uruguay o las que algún historiador detectara en la conformación de las carreteras en las provincias mesopotámicas de nuestro país, con trazados norte-sur pero no este-oeste (para impedir el avance rápido de las tropas brasileñas invasoras —los “malos” siempre son los otros—). Una contradicción que, a veces, se traduce en conflicto utilizable para la enemistad y el odio, y otras en generadora de una identidad de orden superior que nos enriquece.

Yo nací en la tercera década del siglo XX, en el período de entreguerras, itan mareante para quienes sufrimos su impronta!, cuando la Argentina tenía un futuro venturoso a la par de los grandes de la tierra, granero del mundo, fuerza de trabajo altamente capacitada, clase media que hacía dudar de las formulaciones más duras que hablaban de lucha de clases, universidades verdaderas, profesionales brillantes, militares sanmartinianos, ninguna nube en el horizonte.

Gastão nació en la sexta década, durante la segunda posguerra y la Guerra Fría, en un país que, a diferencia de todos los otros de América Latina, participó con soldados del conflicto mundial, donde la conformación social étnicamente abigarrada (blancos europeos, negros africanos, indígenas autóctonos, orientales y todas las combinaciones posibles y deseables) y dispersa en un territorio de dimensión continental hacía que el proceso capitalista de acumulación primitiva no hubiera terminado todavía.

Es intencional la referencia a los ejércitos de uno y otro país, porque el argentino es un ejército de clase, en tanto el brasileño juega más bien el papel de una posibilidad de ascenso social, no solo por la ausencia de barreras entre los rangos de suboficial y oficial, sino también por los antecedentes que ubican en ese lugar —el ejército— el inicio de uno de los movimientos sociales más importantes del continente, cercano a los comienzos de mi vida: la Columna Prestes.

En cuanto a la referencia en torno a la participación en la Segunda Guerra Mundial es, sin duda, una de las fuentes que aumenta la comprensión de los procesos que articulan las diferentes naciones en el plano internacional, al mismo tiempo que disminuye la deriva que nos separa de los otros continentes.

Soy de Buenos Aires, ciudad puerto, de características urbanas desconocidas en muchos países. Gastão es de Catalão, en Goiás, centro de un inmenso territorio casi vacío, si se lo mira desde una de las ciudades más cosmopolitas del mundo.

Mi lengua madre es el castellano; la de Gastão, el portugués. Leo a Jorge Luis Borges y a Julio Cortázar; Gastão, a João Guimarães Rosa y Antônio

Calado (de nuevo, no es lo mismo, pero es igual, ya que él también lee a Borges y a Cortázar y yo a Rosa y a Calado, solo que al primero en español porque su portugués es muy difícil). El hecho de que ambos leamos la lengua del otro no es una circunstancia menor, puesto que los seres humanos utilizamos básicamente ese medio como manera de concretar la sociabilidad que nos constituye.

No obstante, de nuevo, entender una lengua no es comprenderla, como es posible visualizar a través de las sutilezas que muchas veces se perciben en la propia lengua, pero escapan a la comprensión frente al secreto compartido de la ajena. Podríamos afirmar que el entendimiento corresponde al idioma en tanto que la comprensión se refiere a la lengua, eso que los diccionarios a veces intentan aunque no consigan resolver.

Pongamos un ejemplo: varios comentaristas políticos se refieren en la actualidad a los conjuntos poblacionales como *la gente*; alguno de ellos comenta en tono algo irónico: “lo que antes se llamaba *el pueblo*”. Pues bien, ¿qué es lo que va de uno a otro modo de nombrar a la población? En nuestro país, es claro que hablar de esa manera implica una toma de posición: la gente es “la gente como uno” o “los que somos gente” y, de esta manera, se excluye a los que no lo son. El pueblo, en cambio, somos potencialmente todos, aunque también al nombrarnos así se produce el fenómeno inverso, el de la exclusión *hacia arriba*. Por lo tanto, el desplazamiento de *pueblo* a *gente* es coherente con el proceso sociopolítico que ha profundizado la exclusión de grandes grupos de población en nuestros países. ¿Ocurre este uso del lenguaje de la misma manera en Brasil que en la Argentina? Creo que no, tal vez por diferencias en la ideología o el imaginario social de ambos países.

No debiéramos confundir *ideología* con *imaginario social*, a pesar de superficiales similitudes entre ambos conceptos. La distancia va desde que somos poseídos por la ideología, en tanto somos productores de lo que llamamos *imaginario*; esta distancia puede ser explicativa de lo que se afirma en el párrafo anterior. La diferencia entre ideología e imaginario es abismal y es pertinente destacarla aquí, porque Gastão trabaja en su obra sobre las consecuencias individuales y colectivas que trae aparejada. Las diferencias señaladas son —todas ellas, a primera vista irreductibles— espacios y tiempos imposibles de eliminar o de rellenar para establecer contigüidades y continuidades. ¿Cómo es posible, entonces, construir un paralelismo en estas distancias y lugares disímiles?

Ambos somos latinoamericanos y ambos médicos lo que, de alguna manera, significa un compromiso. Fundamentos que nos identifican (en parte), sometidos a tensiones que compartimos por la histórica agresión que nuestros países sufren enfrentados a clases dominantes, a países dominantes.

Nuestras biografías no tienen posibilidad de comparación, son *incommensurables*, diría Thomas Kuhn. Dicho de otra manera: no hay forma de identificar

con un mismo código nuestros respectivos *motivos (porque)*, por lo que tendremos que dirigir nuestras miradas hacia la historia para ver si, a través de ella, podemos encontrar el lazo que articule el paralelismo de nuestras vidas.

Esta manera de presentar las cosas tiene algunas dificultades que habrá que considerar, porque la historia en la que participamos es exterior a nosotros y, al mismo tiempo, parte de la construcción que realizamos, orientados por el *motivo (porque)* que acabamos de descartar. A esto es a lo que hace referencia Gastão cuando habla de la *complejidad de la vida*. Aparece entonces una recursividad, fundamento de toda complejidad, que es también irreductible. ¿Cómo movernos en estos planos de extrema confusión?

Lo cierto es que debemos intentar lograr que se cumpla la rotunda declaración que desde una pared de Buenos Aires proclamaba: “¡La confusión está clarísima!”. Esa claridad de la confusión no es otra cosa que una iluminación. Y nada más oportuno para el caso que estamos analizando, ya que compromete dos aspectos fundamentales que aparecen con iluminadora certeza en la vida y obra de Gastão: el deslizamiento permanente o, mejor aún, la íntima integración de la manera en que el arte se integra con la ciencia en su —¿hace falta decirlo?— vida y en su obra.

Iluminación que expresa de manera definitiva el arquimédico *ieureka!*, apartándose así de la larga disputa, rechazo implícito del positivismo implícito en la doble corriente de inducción-deducción con que la ciencia *formal, seria, hegemónica* intenta apartarnos de la vida que la contiene y alimenta.

La vida en que se desenvuelve la vida de Gastão lo hace en múltiples planos que tal vez ni siquiera él fuera capaz de esclarecernos por completo (se trata de un objeto fractal), pero algunas líneas de su desarrollo son claramente perceptibles porque así lo ha decidido nuestro autor.

Lo primero que aparece es el plano productivo, también en varias dimensiones. Entiéndase que no quiero entrar en el ramplón terreno del *productivismo* al uso de organismos internacionales, empresas, gobiernos, políticos y banqueros. La *producción*, entendida como actividad vital, como compromiso ineludible con la vida, como producción social, en la forma en que Carlos Matus lo quería. Si de producción se trata, basta mencionar la publicación de tres novelas y cuatro libros de ensayos sobre salud (como único autor). Examinemos brevemente sus contenidos.

En el comienzo, es el relato, que toma como base la realidad vivida por el autor. Ese *equivoco* revela algunas de sus intimidades que, con su carga de contradicciones y conflictos, conducen al crecimiento que funda y fundamenta lo que antes llamé *comportamiento ante el infortunio*. En *Calidoscopio*, vemos una bella imagen, cuya matriz —lo sabemos— es el sueño, también en parte autobiográfica (¿podría ser de otra manera?), construida con memorias —más que

recuerdos— y esperanzas (¿fracasos?). Por fin, *La ley del deseo. Tomar la Tierra por asalto* es un juego que simboliza los procesos que permitirán, en algún plazo, subvertir la sociedad injusta, cruel, absurda y obscena en la que vivimos.

Relato, sueño y juego, cosas de la vida y del arte se incorporan en el pensamiento científico de nuestro autor, aunque tal vez fuera más pertinente decir que esa es la matriz de todo su pensar, aplicada en algunas circunstancias a la literatura y en otras a la obra académica como expresiones comunes aunque diversas e integradas. No es lo mismo, pero es igual con base en un diálogo consigo mismo que lo representa en plenitud al encontrar aplicación cierta a la vida cultural, política, social e institucional.

La verdad es que no necesita ni siquiera plantearse la integración entre la vida y el arte, porque no existe discontinuidad entre el discurso literario y el científico (no hay catástrofe), a pesar de la manera en que nuestro autor presenta el asunto en un libro de reciente publicación en Brasil:

Entonces me involucré en el caso de Jimi Hendrix y descuidé mis ambiciosos propósitos científicos. Durante meses, no me dediqué a otra cosa más que a narrar la extraña experiencia que vivió este músico genial en los Territorios.

Y, en vez de una tesis, escribí una novela titulada *Tomar la Tierra por asalto*. Una narración fantástica, aunque influenciada por la investigación que había emprendido. Antes de encontrar el Método de la Rueda, descubrí los Territorios. [...] Más allá de esto, lamenté el tiempo dedicado a la literatura, dado que la universidad me había eximido de mis obligaciones para redactar un tratado, una tesis, no sé, algo serio.

El párrafo citado aparece al comienzo del texto, después de una breve introducción donde se describen los objetivos y las características generales que se desarrollan en la obra. En el primer párrafo, el autor parece decir que el arte (aunque tal vez yo no aplicaré el adjetivo *genial* para el artista mencionado, ¡cosas del cuarto de siglo que nos separan!) no tiene que ver con la ciencia (me envolví con el arte y me descuidé de la ciencia). Sin embargo, el cambio de código entre la primera y la segunda frase de ese párrafo (del ámbito de lo real a la matriz de lo imaginario) está apuntando a otra cosa que a esa apariencia.

En el segundo párrafo de la cita, vuelve a repetirse esa dicotomía en el discurso (“*en vez de una tesis*”) para luego confirmar lo opuesto (“*aunque influenciada por la investigación que había emprendido*”) y encontrar por último la fórmula definitiva de la integración: “*Antes de encontrar el Método de la Rueda, descubrí los Territorios*”.

Pero las idas y vueltas no terminan aquí, ya que más adelante vuelve a establecer distancias entre el arte (“*lamenté el tiempo dedicado a la literatura*”) y la ciencia (“*un tratado, una tesis, no sé, algo serio*”).

¿Por qué ese oscilar constante, que asume aun otras expresiones a lo largo del texto?; ¿es, acaso, el resultado de una indecisión que el autor no consigue resolver? No, no se trata de eso, sino de algo que está en la realidad, que es la imposibilidad de diferenciar lo que la vida no diferencia y que ningún discurso puede expresar sin caer en la ambigüedad. Esto es reconocido por el autor cuando afirma, con palabras de Otto María Carpeaux: “...*toda novela es un ensayo frustrado [...] descubrí además que toda tesis es también una novela en potencial*”.

Las consecuencias de esta integración entre la ciencia y el arte van a insinuarse en dos capítulos de este libro: “Consideraciones sobre el arte y la ciencia de los cambios: revolución de las cosas y transformación de las personas. El caso de la salud” y “Coproducción de sujetos y de colectivos: la función *paideia*”.

En estos textos aparece una de las constantes fundamentales que el autor enfatiza a lo largo de su vida y su obra: la necesidad de no parcializar la vida de las personas, el reconocimiento de que hay una unidad de la vida que no se pierde cuando los contextos se modifican, que los trabajadores no pierden su humanidad cuando atraviesan las puertas de la fábrica o de la oficina (a pesar de que eso es lo que históricamente intentan promover los teóricos, los dirigentes o los capataces de la dominación). La fragmentación que se nos propone es —lo sabemos— la raíz de la alienación, y es contra esto que insurge Gastão. Por eso, plantea lo que llama *función paideia*, refiriéndose así a la educación integral, que era uno de los ideales de la cultura griega.

Esa propuesta está precedida por una crítica a la cientificidad de ciertas formulaciones, que dan por sentado el conocimiento *común* acerca de los funcionamientos institucionales. Crítica algo más que necesaria, en realidad, imprescindible para poder abrir camino a formulaciones que den cuenta de los errores que se cometen en nombre de una ciencia sin contactos con la vida.

Al enfrentarse a ese distanciamiento entre la ciencia y la vida surge, entonces, la educación integral como manera de reunificar lo que ha separado el conocimiento *común*, el pragmatismo a ultranza, la ciencia tradicional, dominante, hegemónica, positivista, la de los gerentes de la dominación de clase y de naciones.

Esta reunificación tendrá que considerar entonces aspectos no contemplados en formulaciones previas: las determinaciones y condicionamientos no solo económicos, políticos y sociales, sino también históricos, culturales y psicológicos. Esto se traduce en varios de los artículos de este libro, que no vamos a mencionar ni comentar porque ahora lo que corresponde es leer, disfrutar, esforzarnos por comprender a Gastão y comprometernos para cambiar la sociedad y la salud en defensa de la vida.



# Breve biografía de Gastão Wagner de Sousa Campos

*Rosana Onocko*

Autor catalán nacido en Brasil en 1952. Sí, porque él es de una ciudad del interior de Goiás, llamada *Cataláo*, y no de Cataluña. Biografía, y no currículum, porque él declara odiarlos tanto cuanto a cualquier otra regla burocrática. Médico, mestre y doctor en Salud Colectiva, libre docente del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp). Él se define como un visionario a quien la vista nunca ayudó: a veces lo importunaba la miopía; otras, las lágrimas...

Una breve reseña de una vida, que ayude a entender mejor estos fragmentos escogidos de su obra. Al final, toda biografía ¿no trata de fragmentos especialmente seleccionados de una vida? Y si toda biografía traiciona un poco a la vida del que trata, en el caso de Gastão, todo texto, toda obra, traiciona un poco su pensamiento.

Gastão piensa más rápido de lo que escribe. Sus textos salen del horno con prisa y ya están viejos, porque él consiguió pensar más, mejor o distinto algún detalle, mirar de otro lado el mismo asunto. Como todo autor, tiene sus temas y categorías preferidas, sufre de testarudez dialéctica no estructurada, piensa complejo (uno le cuenta un caso o ejemplo, hace un gran esfuerzo para analizar el tema en, por lo menos, dos posiciones más o menos polares, y él le responderá con la tercera: esa, precisamente, aquella que a uno no se le habría ocurrido).

Tiene la mala costumbre de mantener esos mismos hábitos para analizar y para crear; por eso, las cosas que inventa también son complejas, pero como además de ser un cientista de la salud colectiva es un escritor, todo lo escribe (o lo cuenta) como si fueran cosas fáciles, simples, que se puede agarrar ahí, con solo quererlo, a la vuelta de la esquina. Gastão tiene la manía de insistir en que cambiar el mundo es posible.

Parece que el espíritu libertario le viene de la época en que fue interno de un colegio religioso (allá por sus 12 años). Nunca paró de ser, contra cualquier tipo de estrategia que recortase la libertad, crítico de las instituciones y las estructuras. En el área de gestión y planificación eso siempre le trajo

problemas, pues la mayor parte de la producción de estas áreas está destinada a controlar y encuadrar gerentes y trabajadores, y no a liberar su capacidad creativa. En este sentido, él siempre fue de la contra (hegemonía).

Además del colegio interno, le tocó de cerca el Mayo del 68, los *hippies*, el *rock*, Bob Dylan, Janis Joplin, muchas marcas. Y variadas: a veces escribe escuchando Richard Wagner o Franz Schubert. Le viene de la misma época su compromiso con la política, ¿o tal vez sea de antes? Su padre siempre cuenta que, cuando Gastão tenía 4 años, una señora le preguntó: “¿De quién es este nene?”, y él respondió: “Del pueblo”. Mantiene ese compromiso hace 45 años.

El hombre tampoco se deja amarrar: ya vivió como en treinta casas y va por el tercer casamiento. En el trabajo, se mantuvo fiel a la salud pública y la enamoró por varios lados: ya fue gerente de servicios, jefe de departamento en la universidad, secretario de Salud, profesor, investigador, militante de diversos grupos y ONG en el movimiento sanitario, supervisor y analista institucional de varios otros. Él va andando por el mundo, creando y fundando cosas, abriendo espacios para los que vienen atrás. Él no posee las cosas que crea (por cosas entiéndase desde instituciones y servicios hasta conceptos teóricos): él las larga al mundo y las acompaña mientras crecen. Es que poseer nos transforma en poseídos, y a Gastão le gusta la frase: “El precio de la libertad es la eterna vigilancia”. ¡Vive soltándose de sus amarras institucionales para mantenerse libre!

¿Y con esa libertad qué hace? Anda, vive, sufre, goza, como todos los mortales. ¡Ah, sí! Y piensa y escribe. Siempre le parece que tiene poco tiempo para escribir, le encanta quejarse de eso. Él todavía no descubrió que su escritura es en la vida, que él escribe para, por y desde lo que hace. A pesar de sus justificadas quejas, escribió varios libros sobre salud pública, como *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, *Os Médicos e a Política de Saúde*, *Reforma de la reforma*. *Repensando la salud*, *Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos*, etc.; varios capítulos de libros, ensayos e innumerables artículos en revistas del área y tres novelas: *Equívoco*, *Calidoscópico* y *La ley del deseo*. *Tomar la Tierra por asalto*. Existen lazos profundos entre su trabajo político, literario y teórico, marcadamente reconocidos entre *Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos* y *La ley del deseo*. *Tomar la Tierra por asalto*, dos libros que se complementan uno al otro, una novela sobre los territorios celestiales y un método innovador. Sin embargo, su temática es la misma en toda su obra: los sujetos se revén y se rebelan, las estructuras y los prejuicios a veces matan, las ganas de cambiar el mundo nunca cesan y la pasión es un camino digno.

## Capítulo 1

# Consideraciones sobre el arte y la ciencia de los cambios, revolución de las cosas y transformación de las personas: El caso de la salud

### Un proceso de cambio puede siempre iniciarse *aquí y ahora*

¿El hombre murió? ¿La humanidad está siendo aprisionada por los medios de comunicación de masas, el mercado, el poder, y está perdiendo, en consecuencia, casi toda su capacidad de iniciativa?; ¿estará el orden social congelado en los próximos mil años?; ¿algún servicio público logrará llegar a funcionar con eficiencia o equidad?; ¿todos los movimientos populares y entidades sindicales estarán condenados a la prisión del corporativismo y a una parálisis como consecuencia de la burocratización? En principio, aun se podría preguntar: si todos esos callejones sin salida fuesen realidad, ¿alguien todavía podría creer en la posibilidad de cambios, de reformas o de revoluciones con un sentido humano y democrático?

Nos sentimos tan amargados y pesimistas que, de improviso, tenemos tendencia a responder a estas preguntas con cierto viejo cinismo ya bastante ridiculizado por el humorista Henfil: “No sé de nada, solo sé que tengo que sobrevivir”, ironizaba él, criticando la adhesión acrítica a la dictadura de los militares brasileiros.

Por lo tanto, más que nunca, tenemos la necesidad de meternos en la tarea filosófica, teórica e innovadora de pensar en el modo de recuperar la voluntad de los individuos, grupos o colectividades y componer una masa crítica apta para construir proyectos nuevos. Proyectos alternativos y críticos a las tres modalidades del discurso dominante de la actualidad: la del sentido común siempre amoldado, la del nihilismo desesperado y la de la confusión neoliberal.

Aunque las cosas y las personas son resistentes a los cambios, es la historia la que nos lo confirma: los cambios ocurren. Aprendemos que el acontecer de grandes transformaciones depende siempre de por lo menos dos elementos: el deseo y la voluntad sin esperanza de alterar el *statu quo*, por consiguiente, de una dimensión subjetiva. Por lo tanto, es también del dominio de cierta ciencia, de un proyecto conscientemente construido, de una vertiente que está —en forma inapelable— vinculada al ejercicio de la razón. El cambio resulta, entonces, de la combinación de una facción fría —el cálculo político— con una sinrazón loca de los que no se conforman con la racionalidad de los poderosos, siempre fuerte o suficiente para justificar las mil y una formas del *statu quo*.

Hace muchos siglos que la humanidad viene trabajando penosamente en *ciencias* del cambio. Se puede recordar, entre otros, los saberes acumulados por la filosofía, el psicoanálisis, el análisis institucional y, principalmente, la política. En estas fuentes existen enseñanzas de gran riqueza; el mayor problema de la actualidad es que nos dejamos abatir por las experiencias del pasado, ya que no esperamos mucho del futuro. Hay una crisis de la voluntad que estimula la cronificación de la crisis de los saberes. No sabemos más cómo hacer o qué es lo que queremos ni si queremos lo mismo que suponemos.

Entre otros puntos me gustaría retomar una noción de la vieja dialéctica, la que parece ser ignorada por la mayoría de los movimientos sociales. Me refiero a la antigua idea ya sabida de que, por un lado, las cosas o las estructuras determinan la vida de las personas y, por otro lado, son estas mismas personas las que construyen las cosas, las normas, los valores y las estructuras. Es decir, cualquier proyecto de cambio debiera, al mismo tiempo, apostar tanto al cambio de las personas, de sus valores, de su cultura o ideología, así como en reformar a las instituciones sociales. Dicho de otra manera, tenemos que movilizar, en forma simultánea, a las personas con las estructuras y con las relaciones que se establecen entre ellas. Esto que nos parece obvio cuya antigua evidencia olvidamos con frecuencia asumiendo desvíos unilaterales, ya sea que se valoricen en tanto reformas estructurales al igual que en la época del socialismo real o de manera idealizada con la sola renovación de los comportamientos y sentimientos humanos, como en el caso de la mayoría de los movimientos de inspiración religiosa.

Pienso que sería útil retomar una antigua discusión, hoy un tanto abandonada, sobre las maneras de cómo conducir cambios institucionales articulados a movimientos más amplios de reforma social. En este sentido, vale la pena comentar algunos puntos:

- a) Es difícil avalar el hecho de debilitar la hegemonía de las clases dominantes y el poder del Estado sin movimientos multicéntricos de millones de personas que cuestionen sistemáticamente los micropoderes que sustentan el esquema dominante. En instituciones del campo económico, de la administración pública, de la enseñanza, de la salud, de representación política y también en instituciones religiosas habría que instituir movimientos de contrahegemonía. Para esto, se tendrán que construir nuevos conocimientos y experimentar nuevas formas de dirigir organizaciones que permitan superar el eje central de la mayoría de las escuelas de administración que buscan, de maneras diferentes, reducir a los sujetos humanos a condiciones e instrumentos dóciles para cumplimentar los objetivos de las empresas de transformarlas en insumos u objetos. El desafío de nuestra época consistirá en invertir este sentido dominante de gobernar para producir sujetos.
- b) Ligado a estas directrices habría otra relacionada a las necesidades de construir un saber crítico que negase el supuesto determinismo absoluto de lo general sobre lo particular, de lo económico y de lo político sobre las instituciones y de estas sobre las personas y grupos. Admitir la posibilidad de surgir de nuevo, también a partir de la base de la sociedad, reforzando movimientos de doble mano que combinen el efecto de demostración de acciones ejemplares con el debate público de proyectos contradictorios y con cambios políticos que alteren las correlaciones de fuerzas.
- c) Esto implicaría tanto una superación del maximalismo implícito de aquellos que solo apuestan a proyectos que prometen *todo*, así como también del pesimismo de aquellos que imaginan que *nada* sería posible de ser cambiado. Esto nos llevará a buscar alguna totalidad idealizada aun sabiendo que son inalcanzables y que no existen, que sean como abstracciones que nos estimulen a vivir deseando proseguir el combate. Trabajar en circunstancias con graduaciones de libertad, autonomía, calidad, justicia, etc., siempre buscando perfeccionarlas, transformándolas, adaptándolas.

Un ejemplo dramático más esclarecedor es el de cómo mantener la humanidad en un campo de concentración. Buscar la libertad aun cuando ser prisionero es condición indispensable para salvar a la humanidad de cada uno. Quien desiste se degrada. Quien persiste, quien insiste, se salva de la ignominia, cuando no siempre del sufrimiento; capacitándose para sobrevivir después con un mínimo de salud mental y autoestima. En esta situación, ¿qué programa libertario asumiría un pensamiento realmente crítico? La totalidad estaría en la destrucción del campo, un objetivo nunca descartado

por completo, pero que, por sí solo, no asegurará la sobrevivencia física de los prisioneros y, mucho menos, algún grado intermedio de libertad. En ese caso, si no hubiera fuerza para destruir el campo, ¿qué relaciones se establecen con los compañeros en dificultades?; ¿es una disputa feroz por las migajas o un personalismo filantrópico?; ¿construir, tal vez, posibilidades de resistencia por medio de una asociación madura?; ¿cómo relacionarse con los potentados que gozan de impunidad, con los dueños del poder absoluto?; ¿servilmente, con arrogancia o con engaños y tácticas disfrazadas y combativas? Por último, no siempre se conseguirá escapar de un infierno como este, pero siempre es posible intentarlo, y es seguro que será un esfuerzo de búsqueda, a partir del que se construirían los sujetos capaces de autonomía, de felicidad, de solidaridad y de inventar un mundo diferente al de aquel campo, donde fuera posible gozar de los placeres y las bellezas de la existencia. Sujetos sanos, aunque de aspecto cadavérico frente a sujetos enfermos, aunque aparentemente sanos. Son paradojas que debiéramos considerar, no para negar la salud física, sino para relativizarla. De cualquier manera, la totalidad ansiada por aquellos que luchan por un mundo justo y democrático es física, moral, mental y ética.

El ejemplo del campo de concentración, guardadas las debidas proporciones, se aplica a trabajadores o a usuarios de las instituciones contemporáneas. Hay muchas distorsiones, pero las personas se degradan más o menos según sus coeficientes de resistencia, de acuerdo con su capacidad de involucrarse en proyectos que los distingan del deterioro dominante, y eso ocurre aun cuando los objetivos posibles que son llevados a la práctica son muy reducidos y parciales. Como diría Jean-Paul Sartre, a cada persona le es dada la posibilidad de progreso, de constituirse como sujeto, venciendo sus propias contradicciones y las deficiencias de los esquemas dominantes, ya sean ellas familiares o estatales, empresariales o religiosas (Sartre, 1963). Es verdad, como más tarde admitió este filósofo, que las condiciones de existencia, la historia de vida y la época condicionan las posibilidades existenciales; al ampliarlas o limitarlas a veces a un mínimo inimaginable, siempre le quedarán al individuo algunos espacios de libertad, posibilidades de abrirse al mundo y a los otros, sin pérdida de todas las condiciones para el ejercicio saludable de la propia subjetividad.

- a) Otra directriz fundamental de ese proceso de reformas permanentes y progresivas se asocia al esfuerzo por disminuir al máximo la distancia entre los que comandan, planifican y dirigen a la mayoría de los ejecutantes de acciones y servicios ordenados.
- b) Trabajar para que todos sean en alguna medida gerentes, reformular los organigramas de las instituciones y redistribuir el poder de decidir.

Atribuir a cada grupo la libre organización de su propio proceso de trabajo trae para la base las amarguras y las dificultades de manutención y reproducción de las organizaciones. Este proceso es antagónico a la lógica de la propiedad privada y se opone a la tradición burocrática y clientelista de las instituciones públicas, pero se trata, precisamente, de esto mismo: de la creación de condiciones sociales para que el conjunto de la sociedad experimente los límites de las contradicciones, buscando y madurando nuevas soluciones, ya que las viejas, neoliberales o estatizantes, están por agotarse.

- c) Por último, relacionado en particular con las empresas públicas, deberíamos cuidarlas con más cariño y rigor para que aquello que explícitamente justifica la existencia de una cierta institución se cumpla. Se trata de lo obvio, pero de un obvio que no se acostumbra a ser llevado a la práctica. ¿Cuántos hospitales, escuelas y organismos públicos vegetan sin alcanzar los objetivos que se proponen?

La principal forma de resolver este conflicto está en la apertura de estas organizaciones. Dejar que la sensibilidad o el deseo de las necesidades de los usuarios, de la clientela, penetren en los poros de la organización, de tal forma que todos los que allí trabajan lleguen a sentir esta presión. No se trataría de la adopción de los mecanismos de mercado, como el de concurrencia o libre elección, ni tampoco únicamente los de los modelos de gestión colegiada, sino de la combinación creativa de estas tradiciones, viendo cómo se asegura la interferencia de la sociedad en la vida interna de las organizaciones.

En el caso de la reforma sanitaria brasileña (implantación del Sistema Único de Salud), soy de la opinión que hasta el día de hoy exploramos muy poco estas posibilidades y que optamos por un desvío estructuralista, en apariencia más viable y breve. En las dos últimas décadas, nos empeñamos mucho en el cambio del aparato legal y de la estructura político-administrativa, y nos olvidamos de las personas concretas que son quienes realizarán y usufructuarán esta máquina que creamos. El resultado de eso está siendo un *impasse*. Se cambió mucho para los escasos resultados concretos y lo peor es que la crisis de los servicios de salud y de la salud pública prosiguen su trayectoria destructiva ante la evidencia del esfuerzo de un conjunto de actores a quienes se persuadió de que se denominasen *movimiento sanitario*. Además, a la cronicidad de lo que provocó la crisis, al contrario de lo que se podría esperar, se observa una monumental indiferencia de la sociedad. Hospitales públicos y programas sanitarios muy respetables se desmoronan ante los ojos de un país adormecido en una cuna verde y amarilla. El propio movimiento sanitario se agota viendo a sus cuadros arrastrados, ya sea en un escepticismo embobado o en una adhesión acrílica por las salvajadas del neoliberalismo.

¿Cómo huir de este *impasse*? ¿Cómo superarlo? No tenemos recetas, pero desde aquí, Campinas (San Pablo), observamos el mundo con ojos de provincia y venimos acumulando algunas reflexiones teóricas y experiencias prácticas que podríamos resumir. Se trata de una modesta contribución, aunque en esencia procuraremos responder al siguiente desafío: ¿cómo y en qué sentido se debe reformar el sistema público de salud?

Por un lado, quisiera hacer énfasis, como lo hice en *Reforma de la reforma: Repensando la salud* (Campos, 1992), que el proyecto de cambio en salud, a pesar de los obstáculos evidentes, debe ser mucho más abarcador, no hasta el punto de derivar al voluntarismo o hacia una utopía, pero tampoco puede soslayar algunos de los conflictos fundamentales de nuestra época exponiéndolos a perderse. Por este motivo, estamos obligados a repensar los servicios públicos, a discutir su burocratización, obstinación e ineficiencia, al proponer alteraciones radicales de sus patrones de funcionamiento. De la misma forma, ha llegado el momento de inventar nuevos modos de organizar la clínica y la salud pública, superando el criticismo en el que se atascó el pensamiento de izquierda en las décadas de 1960 y 1970.

Por otro lado, tenemos que crear movimientos, situaciones y contextos que favorezcan la constitución de sujetos colectivos, aunque inacabados y siempre presos de contradicciones y limitaciones, más maduros o suficientes, para que se puedan realizar los cambios indicados, mantenerlos y renovarlos en el curso de la vida.

Creo que estos son nuestros mayores desafíos teóricos y prácticos. Trataré de discutirlos con un poco más de precisión y detalle.

## **El factor humano en el cambio: pequeñas historias de cómo subestimamos y de cómo estamos aprendiendo a revalorizarlo**

En 1985, cuando comencé a estudiar a los médicos brasileños (Campos, 1988), me encontré con una gran cantidad de autores que explicaban tanto la producción de la enfermedad como el funcionamiento de los servicios de salud por el predominio de estructuras sobrehumanas. A veces, se admitía hasta el origen humano de estos arreglos infernales, pero se argumentaba que, en forma progresiva, se habrían escapado del comando de los hombres y, a partir de ahí, pasaban ellos mismos a controlar la vida y a determinar el curso de la historia. Me refiero al *complejo médico-industrial*, al *aparato estatal*, a la *institución médica*, etc.

La salida de esta situación pasaba por conformarse a la categoría de repelido automático o ser un inconformista y destruir en norma revolucionaria la estructura que nos creara a su imagen y semejanza. Por lo tanto, no había muchas salidas, al menos en términos teóricos, porque en la práctica, en varias situaciones, movimientos, sindicatos, partidos, grupos e intelectuales se aventuraban a hacer lo diferente y alteraban de manera parcial el orden de las cosas.

En este sentido, Cecilia Donnangelo fue una referencia obligatoria en la salud brasileña desde la década de 1970. Ella inspiró la creación del movimiento de los sanitaristas y de los médicos considerados como *renovadores*. Lo curioso o paradójico fue que ella, en sus investigaciones, demostrara el peso determinante del Estado y de la infraestructura económica en la conformación de las políticas sociales. La asistencia médica funcionaría, en consecuencia, por su carácter de mercadería o por ser necesaria la reproducción de la fuerza de trabajo. La ideología de los médicos, el papel de ellos en el proceso de trabajo, la oferta de servicios brindados a los individuos y el modelo de atención parecía bastante justificado por esta gigantesca macroestructura: el complejo médico-industrial articulado funcionalmente al Estado, que a su vez sería una especie de interventor y reproductor de la lógica ya inscrita en la infraestructura económica y política (Donnangelo, 1979).

En esa época, esta explicación me parecía perfecta. Era totalmente autoevidente, globalizante. Nuestra maestra, la profesora Donnangelo, estiraba al máximo el sofisticado instrumento que la ocasión le ofrecía: una mezcla de marxismo con estructuralismo, una combinación del método obsesivo de Louis Althusser con las innovaciones desestructurantes de Nicos Poulantzas, todo evidentemente reelaborado con la palabra tropical y militante de la propia Donnangelo.

Si bien partimos de un abordaje estimulante y creativo, es pobre de historia y de análisis sobre actores sociales. El estudio de Donnangelo (1975) sobre los médicos, por ejemplo, es mucho más una demostración de las maneras acerca de cómo alteraciones en la estructura del mercado repercutían sobre los profesionales, que una verificación de las reacciones de estos frente a las transformaciones del momento. Los médicos aparecían más como agentes de voz pasiva que como sujetos de algún cambio o resistencia.

A pesar de que vivíamos a la sombra de 1968, en aquella época éramos así: un poco estructuralistas. Críticos, pero siempre dispuestos a echarle toda la culpa a los rumbos de la historia, en alguna macroinstitución colocada encima del poder de interferencia de los pobres mortales.

Como sucede actualmente, en aquel tiempo reinaba Michel Foucault. Muchos lo criticaban y muchos otros adherían a las interpretaciones nietzsche-hegelianas que él inventó, que veían a los hombres presos de las máquinas

y dispositivos totalitarios del discurso, del saber o del poder. Era una tentativa de escaparse al reduccionismo del marxismo stalinista. Foucault y otros estudiaron en detalle los modos de dominación de los hombres. Sin embargo, se olvidaron sobre cómo ellos mismos —todos autores críticos— podían tener existencia real, es decir, cómo era posible la rebelión contra lo establecido o, en la práctica, escaparse del imperio de la disciplina, de los saberes y de los poderes instituidos o que se produjera un discurso que escapara del sistema.

Es en este sentido —y no en el de la comprensión de los modos de castración de autonomía de los hombres— que le debemos mucho a estos intelectuales y tenemos mucho por aprender con Donnangelo, Foucault, Jacques Lacan y otros. Mientras tanto, urge la construcción de conceptos que enriquezcan la noción de *praxis*, sugerida por Karl Marx.

Restaurar la confianza en la razón depende, entre otras cosas, de la construcción de las nociones de *cambio*, *transformaciones*, *desarrollo* y *progreso*, y también de inventar un nuevo nombre para estas cosas, que niegue e incorpore todos estos conceptos y no se restrinja al término *revolución* según la concepción bolchevique. Eventos tan raros e improbables que se desvanecen como lluvias de verano o, mejor dicho, como lluvias de sangre, a la primera señal que no se destruyeran las máquinas de dominación, de los micropoderes.

Inventar *nuevos modos de andar por la vida*. Imaginar la posibilidad concreta de tamaña tarea. Darse el derecho de osar a pensar de nuevo, incluso después del colapso del socialismo real, incluso después del *impasse* corporativo que paraliza la creatividad de la mayoría de los sindicatos, incluso después de la carencia de imaginación burocrática de los gobiernos socialistas o democráticos, incluso constatando la indiferencia egoísta de la mayoría de las personas que trabajan en las instituciones. A pesar de todo eso, osamos repensar el cambio, la reforma, la institución de sociedades más justas, igualitarias, democráticas y felices.

Para Jean Clavreul (1983), por ejemplo, todo el mirar de los profesionales de salud estaría marcado por la estructuración del saber clínico, es decir, ellos siempre estarán, en forma automática, contaminados por una óptica limitada, independiente del sujeto y del contexto en donde haya surgido esa mirada. Según Clavreul, la *orden médica* sería una entidad ahistórica y sin cuerpo, que toma el lugar de todo o cualquier médico, siempre que estuviera ejerciendo el oficio de la clínica. La cadena de significantes de la clínica —Lacan aplicado al análisis de la práctica social— se incorporará de forma inevitable

al profesional, transformándolo en mero caballo<sup>1</sup> de la orden médica, de tal forma que la relación médico-paciente será siempre un encuentro de un objeto, esto es, el enfermo reducido por la clínica a un sustrato para la enfermedad, con otro objeto, el pobre médico condenado a repetir un comportamiento estereotipado. Una cosa con otra cosa: ¿relación física o química?, ¿cuándo humana?

Obsérvese cómo era difícil escapar de esos esquemas teóricos. Por suerte, la vida real resolvió seguir desconociéndolos y la práctica clínica concreta permaneció siendo esto, pero insistió en ser más en un montón de otras cosas ignoradas por dichos análisis. Es lamentable que muchos, a partir de estas referencias, pasaran a repudiar la clínica en su esencia, proponiendo su sustitución por un gran número de programas inspirados en la salud pública y en la epidemiología. Lo que sería, en el fondo, la tan moderna alternativa de la vigilancia a la salud, presentada hoy en día como una panacea, como una vía para la construcción al igual que la *salud ciudadana*. ¿Sería otro modo de una edición empobrecida por estas parcialidades? El diablo, ¿también era que la salud pública estaba siendo vista con desconfianza?, estructuras del Estado para asegurarse la reproducción del *statu quo*. ¿Dónde refugiarse?

Al mismo tiempo, estaban los italianos Giovanni Berlinguer, Franco Basaglia y discípulos de Antonio Gramsci, que fueron ignorados por la escuela francesa y que, con menos estruendo, influenciaron al movimiento sanitario brasilero. Eran menos elaborados, más desestructurados y poco afectos a los amaneramientos académicos tan del gusto de una buena parte de la *inteligencia* universitaria. Sin embargo, a pesar de su *simplicidad*, influyeron bastante en el ideario de las luchas sanitarias de Brasil.

Berlinguer y Basaglia hablaban de la historia, la voluntad y la conciencia política y, principalmente, demostraban la existencia de cambios como consecuencia de la acción de grupos humanos concretos. Eran los locos y los agentes terapéuticos promoviendo la reforma psiquiátrica (Basaglia, 1979), los sindicatos de los obreros y de la salud en las fábricas (Berlinguer, 1983), los movimientos sociales y la reforma del sistema de salud italiano (Berlinguer, 1988).

En larga medida nos dejamos influenciar por Italia. La creación de los movimientos del trabajador y de salud mental le debe mucho a estos contactos internacionales.

No obstante, fue a partir de estas teorizaciones que algunos inventaron a los tecnoburócratas como si fueran lo más nuevo y los agentes más importantes

---

<sup>1</sup> *Cavalo* es un término usado en el candomblé para indicar el cuerpo que recibe y pasa a pensar y a hablar en nombre del espíritu desencarnado.

de la reforma sanitaria. Debido a la desorganización e inorganicidad de la sociedad local, la infiltración de técnicos bien intencionados en el aparato estatal consiguió implementar cambios. Era una aplicación empobrecida de la teoría de las brechas y fisuras existentes en la coraza de la dominación de los Estados burgueses de donde personalidades progresistas conseguirían perfilar el sentido dominante de la ordenación social. A partir de ahí, se creó toda una cultura de la asesoría, de la trascendencia de los planificadores y de la planificación, del *entrismo*, de los *lobbies* de la izquierda, acciones que perduran hasta el día de hoy, ya que se constituyó una verdadera masa de especialistas en salud pública con alguna conciencia social y ética, pero con gran dependencia del Estado para sobrevivir.

¿Funcionarios de quién? En general, entre la cruz y la caldera, sirven a dios y al diablo o se paralizan en conflictos hamletianos. De cualquier manera, se constituyen como actores sociales, en particular, como constructores de matrices discursivas, normas y legislaciones.

En el fondo, cuando pasábamos a la práctica, cuando pensábamos modelos concretos de atención a la salud, siempre recurriamos a la producción de los organismos internacionales, en particular, a la Organización Panamericana de la Salud. Así, adherimos a la Medicina Comunitaria, a la Atención Primaria, a la planificación y programación como vías de reconstrucción de políticas de salud y, más recientemente, a los distritos sanitarios y a la idea de sistemas locales. En Brasil, combinamos el pensamiento crítico francés e italiano con el funcionalismo sincrético de la Organización Panamericana de la Salud, creando una teoría rica, la razón misma del sincretismo que la tomaba viable y posible de experimentación en los municipios y regiones en los cuales se construirían las condiciones políticas propicias para la renovación del sistema de salud. Este mosaico fue posible, en parte, gracias a la influencia de dos intelectuales latinoamericanos. Mario Testa influyó y formó a algunas generaciones de trabajadores del área pública hablándonos de programación, poder, postulado de coherencia y pensamiento estratégico (Testa, 1995). Matus difundió un método, denominado *planeamiento estratégico situacional* (PES) que, sin duda, viene orientando a la gestión en salud pública de Brasil (Matus, 1978).

Más tarde, Emerson Mehry (1992), al reconstruir la historia de la salud pública, demostró el papel de los sanitaristas en la invención de modelos teo-noasistenciales y también en la definición de las grandes líneas de la política de salud en cada período.

En mi libro *Los médicos y la política en salud* (1988), critiqué tanto los estudios que pretendían explicar la historia en forma exclusiva a partir de los discursos de representaciones de sujetos sociales como otros que solo trataban del

complejo médico-industrial como un verdadero monstruo, supuestamente poderoso, para constituir la práctica de todos los actores sociales.

Así, estudié a los médicos viéndolos en tanto productores de un discurso, de proyectos y de políticas de salud. No obstante, también los vi presos de las conveniencias y limitaciones de su propio estatus económico y social. Al ser influenciado por estas dos determinaciones, los percibí interviniendo como sujetos en forma individual y colectiva en el escenario nacional. Concluí que eran los médicos los principales elaboradores de la política de salud y de los modelos de atención predominantes en el país con, evidentemente, un sello neoliberal. Percibí que ni el movimiento de renovación, ligado a los sectores de izquierda, conseguía criticar el orden médico, y mucho menos osarían proponer su reformulación y permanecer atrapados en un discurso político ambiguo.

En esencia, buscaba encontrar una combinación de métodos que me permitiese analizar un trozo de la realidad social de manera dialéctica. Pretendía superar el reduccionismo mecanicista de las escuelas para las cuales el comportamiento humano era explicado en su totalidad, o por la economía, o por los poderes institucionales, o hasta por el inconsciente. O sea, quería escapar de la idea de la muerte del hombre, pero tampoco concordaba con los fenomenólogos que omitían la importancia de las condiciones estructurales en la praxis de los sujetos.

En cierta medida, tuve éxito en esta tarea al identificar la existencia de una heterogeneidad entre los médicos. Ellos se dividían en distintas corrientes políticas. Noté que estas divisiones se basaban en posibilidades concretas de desarrollo de los servicios de salud, es decir, en el área médica no había ocurrido una expropiación radical de los profesionales por el capital, lo que permitió que los médicos conservasen mayor autonomía laboral que otras categorías. En consecuencia, en su accionar cotidiano ellos se encontraban, ya sea con formas privadas de producción de servicios como con situaciones de trabajo colectivo, en sistemas empresariales particulares o estatales. Por lo tanto, en el horizonte del grupo había, al mismo tiempo, proyectos con orientación socializante como otros con características de los privatizados.

Demosté la importancia de los liderazgos en los procesos de organización de los movimientos, en la definición de los rumbos políticos del grupo. Se organizaron tanto corrientes conservadoras y marcadamente corporativistas como otras más abiertas a las reformas democráticas propuestas por la izquierda. No obstante, puse en evidencia la rebeldía de la orientación ideológica de las diferentes corrientes: todas ellas respetaban los intereses básicos de los médicos, se identificaban con una defensa de la tradición, de la autonomía profesional y del predominio del poder médico en los servicios de salud, y eso aun cuando la permanencia de estas características se oponía a las necesidades de la mayoría.

Me faltó confianza en esa ocasión para utilizar los resultados de ese estudio como alternativa de análisis que ayudara a consolidar la tímida reorientación de las acciones políticas y gerenciales en salud que, hasta entonces, apenas se esbozaban. Ya afirmé con anterioridad que todos éramos un poco estructuralistas, más allá de que estábamos cercados por estructuralistas; de hecho, en ese tiempo fui reprendido por conspicuas autoridades académicas por el exceso de pirotecnia para componer conceptos “ya triviales a la ciencia política”. En verdad, yo intentaba componer una metodología que me permitiese estudiar sujetos sociales singulares, y no los tradicionales estudios de las ciencias políticas: me refiero a los partidos, sindicatos, movimientos revolucionarios, etc. No quería hacer solo antropología ni solo psicología, ya que eran disciplinas que tenían como objeto de estudio a los grupos: *exóticos* en el caso de la primera disciplina y muy singulares en el caso de la segunda. De todos modos, el hecho fue que caí en el engaño. Confié en la omnipotencia del *establishment* universitario y me olvidé, me desligué de aquella preocupación con los sujetos; no obstante, no conseguí desligarme del todo. El problema quedó medio en el inconsciente y, en cierta medida, influyó todos mis trabajos siguientes.

Sin embargo, la reprimenda producía efectos negativos: renuncié a trabajar en forma sistemática la noción de *sujeto* y abandoné la preocupación por entender por qué los hombres se revelaban contra las estructuras y las modificaban, desgastaban o simplemente las utilizaban con finalidades diferentes de las previstas; y lo peor fue que me distancié también del estudio de los sujetos concretos —médicos, gobiernos, partidos, enfermos, etc.—, que son quienes hacen y sufren el sistema de salud en Brasil.

Con posterioridad, la vida vino a responder esta discusión, un poco al poner en evidencia mis inseguridades y las de tantos otros pensadores críticos. En Brasil, el surgimiento del nuevo sindicalismo y del movimiento, que después daría lugar al Partido de los Trabajadores, (PT) tuvo una importancia decisiva en la valorización del tema referente a la constitución de los sujetos históricos. La insistencia de la autonomía de los trabajadores en la organización a partir de las bases y la democracia como valor estratégico fueron dos cuestiones que obligaron a los sectores de intelectuales a actualizar sus conocimientos. Es verdad que, en la actualidad, este impulso se ha atenuado y que el PT en el gobierno de los sindicatos o de las ciudades, se encuentra preso de viejos dilemas comunes a varios de los otros movimientos revolucionarios o reformistas. Hay burocratización, hay inmovilismo social y político, hay lucha sin principios por el poder, pero no se instaura el autogobierno de los ciudadanos en las ciudades, ni siquiera el de los trabajadores en los sindicatos. De cualquier forma, ha quedado la certeza de que la sociedad brasilera no es

tan gelatinosa como se intuía ni tan amorfa que no sea capaz de organizarse con independencia de las elites, y también la experiencia de un acervo teórico-práctico que ahora intentamos desbrozar y enriquecer.

Eder Sader, en su libro *Cuando nuevos personajes entran en escena*, publicado en 1988, reflexionó teóricamente sobre estas experiencias aproximándolas a las elaboradas por el historiador Edward Palmer Thompson, los filósofos Félix Guattari, Jürgen Habermas, Marilena de Souza Chauí y Cornelius Castoriadis. Pedro Jacobi, junto a otros, trató de revalorizar el tema del protagonismo social en salud. Sin embargo, especialmente en la década de 1980, pudimos vivenciar situaciones concretas como participantes del movimiento sanitario cuando fuimos gobierno y, por lo tanto, nos vimos obligados a aplicar el pensamiento crítico que habíamos construido.

En este sentido, durante el gobierno de izquierda comandado por el Partido de los Trabajadores, en el breve período de dos años y medio (1989-1991) que estuve como secretario de la Secretaría de Salud de Campinas (San Pablo), esta se transformó en un verdadero laboratorio donde probamos el modelo sincrético al que ya nos hemos referido, identificamos sus límites e inventamos nuevas maneras de dirigir instituciones de salud. Parte de esto que cuento lo relaté en *Salud pública y la defensa de la vida* (1991), pero fue entonces cuando percibimos la necesidad de combinar nociones de reforma de la estructura —*descentralización, regionalización y jerarquización de los servicios*— con otras más ligadas a las prácticas clínicas y de la salud pública. Denominamos a este movimiento *construcción de nuevos modelos de atención*.

En esta época, también pudimos hacer la experiencia de sistemas de gestión colegiada, para lo cual creamos colegiados del gobierno, desde las unidades locales hasta la cúpula de la secretaria: inventamos nuevas modalidades de cogestión en los hospitales y las regiones, y adaptamos propuestas oriundas del movimiento popular de la zona este de San Pablo, que patrocinaban comisiones gerenciales tripartitas, con el compromiso de representantes del gobierno, profesionales y usuarios locales.

Además, reformulamos los organigramas del sistema local como un todo y de cada unidad en particular, con el fin de romper con la verticalidad de las estructuras y la centralización del poder de mando —servicio médico, de enfermeros, etc.—, crear unidades de producción con funciones y objetivos de trabajo bien definidos, reforzar en la práctica la interdisciplinariedad y la redistribución del poder, tanto entre las diferentes categorías de trabajadores como entre el gobierno, los trabajadores y usuarios.

En el hospital psiquiátrico Cândido Ferreira, se realizó un proceso radical de reestructuración del poder y de la lógica de gestión. Se crearon varias unidades autónomas, con papeles bien definidos, cada una de ellas con un

colegiado de gestión y con representantes en el colegiado general de la institución. La planificación pasó a realizarse a partir de cada local de trabajo con participación de todos los componentes de la comunidad. Se crearon equipos multiprofesionales de salud que participaban en la gestión y elaboraban proyectos terapéuticos para la unidad de servicio y para cada paciente en particular, de modo que se introdujo el hábito de la reevaluación periódica de las actividades y el desempeño de los diferentes actores.

Es lamentable que solo algunos aportes de estas alteraciones se hayan transformado en ley o hayan sido incorporados a la cultura del movimiento sanitario local. En consecuencia, el gobierno siguiente introdujo —nuevamente— una serie de contrarreformas de sello autoritario y centralizador. Sin embargo, en la actualidad, después de pasados varios años y a pesar de la mala voluntad de los dirigentes, aún persisten algunas reformas.

Trabajamos con la intención de ampliar la autonomía de los equipos locales, capacitándolos a gerenciar su propio proceso de trabajo a partir de directivas o líneas generales. Para eso, fue preciso adaptar las técnicas de planificación estratégico-situacional de Carlos Matus —y de otros métodos— a nuestras necesidades y posibilidades. Mario Testa participó de este proceso como asesor.

## **Reformulación de la estructura y de las maneras de gobernar servicios públicos de salud**

Una de las normas principales para la consolidación de una auténtica reforma sanitaria tendría como objetivo la progresiva desalienación de los trabajadores de salud.

En la actualidad, en los servicios públicos y privados, hay una nítida separación, esto es un claro distanciamiento entre los profesionales y los pacientes, entre los equipos y la comunidad, entre los trabajadores y sus medios de trabajo. La mayoría de los funcionarios públicos han oscilado entre la apatía burocrática y el espasmo del corporativismo y, en forma excepcional, se han incluido en la lista de sus reivindicaciones algún acto de defensa de la salud pública. En particular, la postura de los médicos se convirtió en el paradigma de la incultura, indiferencia e insensibilidad de una clase frente al sufrimiento humano. En este contexto, hablar de las *cualidades de la atención* —aun en las raras situaciones cuando hay recursos financieros suficientes— suena ridículo para algunos y cínico o utópico para otros celosos de su propia condición humana. Frente a este círculo vicioso, ¿qué podemos hacer? El movimiento sindical —me refiero a los actores más combativos— tiene prescrita una formulación —a mi manera de ver— muy simplificada y unilateral: claman por

mejores salarios, proyectos de cargos más equitativos, cursos y también, tímidamente, han luchado por mejores condiciones de trabajo. Sin embargo, al mismo tiempo se niegan a tratar el tema central de esta crisis: no cuestionan el modo de funcionamiento de los servicios públicos ni tampoco el de la clínica o de la salud pública, por lo que terminan amarrados a la lógica conservadora que los esclaviza al clientelismo y la burocracia.

El pensamiento administrativo más progresista —bajo diversos pretextos— no se cansa de inventar técnicas gerenciales, supuestamente poderosas, para encuadrar a los trabajadores poco productivos o alienados. Los métodos de planificación surgen tan rápidamente como su fracaso sucesivo. Entonces, alguien incrementa un adjetivo —estratégico— o un slogan —calidad total— y la vida cotidiana en los servicios prosigue ajena a las novedades teóricas.

Los hospitales y centros de salud siguen, año tras año y gobierno tras gobierno, incapaces de asegurar el acceso a los necesitados y la eficacia en la atención a las necesidades sanitarias. Se habla de programas, acciones programáticas, vigilancia de la salud, entrenamiento y —ahora— control de calidad. A veces se intenta hasta comprar la buena voluntad de los funcionarios más calificados con la introducción del pago por productividad.

Para no faltar a la verdad, se debe admitir que, en algunos lugares, se logran algunos éxitos. No obstante, a renglón seguido, es costumbre que haya resistencia respecto de los avances; cuando se cambia el gobierno, se pierde casi todo el esfuerzo, se va agua abajo.

No es que todo este arsenal sea inútil. Lejos de mí está escribir tamaña herejía. El hecho es que no son suficientes; y esto no es una deducción teórica: es una constatación empírica. Si bien tenemos necesidad de planificación y evaluación del desempeño, de salarios y carreras adecuadas —y de mucho más—, cuando lo objetivamos y deseamos erradicar el desinterés, la alienación, la acción mecánica y burocratizada, necesitamos siempre algo superior y diferente a todos estos instrumentos modernos creados por las teorías de administración.

La dificultad, sin embargo, está en que este *algo más* es un fenómeno más complejo que una simple tecnología de gestión. Se trataría, tal como lo entiendo en la actualidad de la creación, por medio de experiencias concretas, de nuevas formas de gobernar al servicio público.

Algo tan simple y directo como sería hacer una revolución radical silenciosa. Algo tan sencillo como reordenar la distribución de los macro y micropoderes. Se trataría, en verdad, de la actualización de una vieja utopía anarquista, de operacionalización del antiguo precepto doctrinario del socialismo, que nunca fue llevado a la práctica y que hoy merecería ser reexaminado a la luz de experimentaciones concretas que realmente implantasen

el cogobierno de las instituciones. Esto significa que tendríamos que crear sistemas de gestión que permitieran la combinación de directrices consideradas, hasta ahora, como antagónicas. Deberíamos inventar, en la práctica, nuevas combinaciones para elementos polares que compongan binomios como el de centralización y descentralización, autonomía de la base y responsabilidad con objetivos generales, planificación de metas y prestar atención a las fluctuaciones de la demanda, entre otras cosas. Antinomias complejas cuya dimensión exigiría una flexibilidad doctrinaria y operativa a la que no estamos habituados. Exigiría, también, un grado de democracia, de distribución de poder, de confianza en el otro, ausentes en la sociedad actual; es evidente que la máquina estatal tiene que estar al servicio del público.

En *El Estado y la revolución*, Vladimir Ilyich Lenin (1977) llegó a afirmar que el objetivo más importante de la revolución y del socialismo sería la instalación de una intrincada red de autogobierno capaz de reordenar la producción y distribución de bienes y servicios siguiendo una nueva lógica: la de los intereses colectivos.

Todos sabemos que el socialismo real funcionó durante décadas de manera coja y después fracasó en forma espectacular. Sabemos cuán mal se hizo la experiencia de ese sistema idealizado de autogobierno, de democracia directa y que, contrariamente, se terminó construyendo uno de los modelos de gobierno más centralizados y autocráticos de los que vivenció la humanidad.

La mayoría de los partidos de izquierda y de los sindicatos de trabajadores también se fueron olvidando de la consigna y de la instauración del cogobierno por medio de la democracia directa. No osaron conservar y perfeccionar la esperanza de sustituir la descentralización y variedad del mercado capitalista por otra forma superior de organización, que no solo asegurara mayor autonomía y libertad a cada productor, sino también que superase el carácter excluyente de la propiedad privada.

En consecuencia, se tornó sentido común la noción que patrocina la concentración de poder en cada organización. Nadie, casi nadie, censura o critica las rígidas estructuras jerárquicas y la usurpación del poder por las cúpulas, hechos habituales en casi todas las instituciones estatales y privadas. Manda quien es propietario o dispone de mandato gubernamental. Todos nos sometimos a ese patrón de dominación. No hubo siquiera alternativas culturales o ideológicas de peso. Todos nos conformamos con esa manera de ejercicio de la autoridad y de la obediencia. De la familia a la fábrica, de las relaciones interpersonales al hospital, en todos los lugares nos acostumbramos a funcionar conectados a esquemas de papeles y de objetivos más o menos rígidos.

En *Reforma de la reforma: Repensando la salud*, publicado en 1992, defendí una reformulación radical de la estructura organizacional y de los modos

de gobernar los servicios públicos de salud. Como punto central, sugerí una ampliación práctica de la directriz de la descentralización, principalmente, a través de la progresiva y concomitante delegación de la autonomía y de mayores responsabilidades a los equipos de salud. Ya sea en los hospitales, ambulatorios o centros de salud, imaginé que se organizaran los profesionales por equipos, recortados según un compromiso claro, con cierto papel y una determinada función en el sistema: salud de los niños en la región “X”, cirugía o internación de los pacientes en el hospital “Y”, etc. Esos equipos, a partir de directivas políticas, administrativas y asistenciales de contenido más general, deberían por sí mismos definir las normas de procedimientos referentes al desempeño de sus atribuciones, incluyendo la organización del proceso de trabajo y la selección de medios y técnicas necesarias para poder cumplir con los objetivos previamente definidos.

Argumenté que esa negociación de doble vía, es decir, por un lado, las directivas gubernamentales y la presión social y, por el otro, la autonomía, sería la base para el establecimiento de un contrato, donde estarían explicitados, de una forma bastante concreta y operativa, los derechos y deberes de estos trabajadores y de los usuarios. Me refiero a los compromisos con indicadores de productividad, calidad, humanización y recepción de los pacientes a los grupos comunitarios. En consonancia con la experiencia de los movimientos populares de la región este de la ciudad de San Pablo, patrociné la creación de un sistema de cogestión tripartita: Poder Ejecutivo, trabajadores de salud y usuarios. En verdad, inventamos en Campinas y en San Pablo extender, para los servicios y regiones de salud, el espíritu de ley constitucional que dio lugar a la creación de los Consejos de Salud en las diversas instancias del gobierno: municipio, estado y confederación.

Por ahora, no forma parte de la tradición política brasilera la apertura del Estado al control de la sociedad ni la convivencia con formas —aunque moderadas— de cogobierno. Así, en la actualidad, en virtud de la dificultad de hacer funcionar estos consejos, estamos siendo reducidos al viejo círculo vicioso de que nada podrá ser diferente, ya que formas democráticas de gestión no funcionaron y, por lo tanto, la salida estaría en déspotas esclarecidos o en la iniciativa libre...

En realidad, creo que no se constituyeron actores colectivos empeñados políticamente en la invención de esta nueva manera de vivir la vida institucional. Los que ocupan cargos ejecutivos, en general, no acostumbran a dejar el poder y, con frecuencia, dificultan o asimismo destruyen todos los vástagos de democracia directa. Muchos segmentos profesionales se han aprovechado de la autonomía recientemente adquirida para protegerse de las obligaciones subsiguientes de la función para la cual fueron contratados, y la población, ella misma, será

inmediatista o histórica, o se prestará a la manipulación política, o simplemente asistirá estúpidamente al fracaso del Sistema Único de Salud. Un desastre... y ya, una vez más, estaría comprobada la tesis de que el autogobierno y cogestión de instituciones públicas serían meras quimeras, fantasías anarquistas.

Creo, con todo, que estas afirmaciones o argumentos son sofismas maquiavélicos, todos interesados en conservar las elites en el comando de la vida de la sociedad y en mantener al pueblo embrutecido. A veces, hasta parten de figuras bien intencionadas, pero cansadas por sucesivas derrotas en frentes institucionales y políticos.

De cualquier forma, desistiendo del autogobierno y de la cogestión, caímos inevitablemente o en la destrucción del Estado, o en las viejas formas de funcionamiento de la máquina política. No obstante, estas dos alternativas ya las conocemos bien: redundan en desperdicio, corrupción, clientelismo, privatización de lo público y burocratización. Entonces, o nos tiramos de los pelos, o nos transformamos en neoliberales: que todo se privatice y que cada uno cuide sus propios intereses o, por el contrario, no aceptamos tan ingenuamente el argumento de imposibilidad y concluimos que autogobierno y cogestión son consignas revolucionarias y dependientes, por lo tanto, de la institución de una, dos, tres o hasta vaya a saber cuántas revoluciones. Aun cuando sean revoluciones de un nuevo tipo, lentas y progresivas, estamos obligados a concluir que solo llegaremos a alcanzar esos objetivos al revolucionar la base de la sociedad, al transformar la cabeza y el comportamiento de cada trabajador, al alterar las normas de procedimientos de cada una y de la mayoría de las instituciones y al modificar la cultura y la distribución del poder en toda la sociedad. Simple...

Entiendo que, en el área de salud, hay condiciones más favorables para el desarrollo de experiencias que se dirijan en la dirección defendida en el texto que precede. Probablemente, estas ventajas transcurrirían por fuera de la tradicional y peculiar autonomía de los médicos y de otras categorías de profesionales de la salud; en el caso brasilero, la legislación prevé un control social de los servicios públicos y esta constatación es verdadera, ya que en la actualidad podemos avalar casos concretos donde este nuevo estilo de gestión fue ensayado, aunque de manera parcial.

En estos proyectos, se hace evidente que la búsqueda de la democracia directa redundante también en una mayor explicitación de toda clase de conflictos. Los egoísmos, intereses, preconceptos y diferencias de cada segmento y grupo tienden a ser colocados en el orden del día y no hay cómo dejar de tratarlos en el proceso cotidiano de gestión.

Creo que no hay un proceso más eficaz para la constitución de sujetos colectivos. De esta manera, por intermedio de la realización de pequeños o de grandes

proyectos, solo así, las personas maduran y aprenden a hacer valer sus derechos; no obstante, es necesario tener siempre en consideración que estarán obligados a prestar atención a las palabras y a los intereses de los otros y, sin el apoyo de estas personas, cada uno quedará impotente en la mayoría de las situaciones.

Concluyendo con este razonamiento, cabría añadir también que este movimiento solo será posible si se emprende en la dialéctica de la producción de sujetos colectivos —autónomos y socialmente responsables— que se auto-produzcan. No pienso que esta producción se dé en forma espontánea. ¡Lejos de mí está imaginar tal simplificación! Al contrario, preveo la necesidad de un trabajo largo y arduo, y conjeturo indispensable la participación de *animadores* y *patrocinadores* en este proceso, que pueda ser tanto un gobierno recién elegido como la dirección de una institución, o parcelas de trabajadores de base, o segmentos politizados de usuarios; de cualquiera de estos o de otros puntos o, mejor, de todos ellos podrán surgir incentivos y propuestas *no directivas* para la constitución de experiencias de cogobierno pues, sin duda, el sentido común no parece ser suficiente para engendrar este tipo de reforma en las costumbres políticas de una sociedad.

Desde un punto de vista teórico, este movimiento podría apoyarse, aun en forma crítica —reservándose, básicamente, el derecho de reelaboración—, en toda la tradición referida en la primera parte de este capítulo: de Gramsci a la acción comunicativa de Habermas, del pensamiento estratégico de Testa a la evaluación de la ejecución de la calidad total; en todos se podrán buscar instrumentos útiles para el buen éxito de proyectos de este tipo. Les corresponderá a los intelectuales, a la universidad y a los dirigentes políticos investigar formas de socializar estos saberes, traducéndolos en formulaciones más accesibles y aplicables a situaciones concretas en cada caso o en cada institución.

En los últimos tiempos, hemos valorizado el acervo ya acumulado por los movimientos de psicoterapia y de análisis institucional. Francesc Tosquelles en Francia y Basaglia en Italia constataron el efecto terapéutico benéfico de la participación de los pacientes en la gerencia de la casa de salud, hospitales y otros servicios. Participar del gobierno de las instituciones influye en forma positiva sobre el proceso de cura de muchos enfermos, ya que aumenta la capacidad de relación social e iniciativa. Para estas personas, el autogobierno no era solamente un principio político al cual adherían: representaba más, representaba un medio para una progresiva constitución de sujetos autónomos, capaces de sobrevivir a los conflictos y dificultades inherentes a la época y a la vida en sociedad (Tosquelles, 1994; Basaglia, 1985).

Si estas experiencias tuvieron estos efectos saludables, ¿por qué no extenderlos al conjunto de la sociedad?; ¿habría un camino mejor para estimular

a la mayoría a saltar por fuera de su alienación cultural, ética o política?, ¿de permitirle el ejercicio del arte de gobernar, aunque más no fuera solo un pedacito del mundo?

George Lapassade, Gregorio Baremlitt, Guattari y otros vienen trabajando nociones de gran valía para la universalización de experiencias de autogobierno. Tal vez debiéramos apropiarnos de varias de estas enseñanzas, independientemente de que fueran aplicadas por especialistas en supervisiones de análisis de instituciones. En otras palabras, imagino que todo gerente, coordinador o integrante de equipos de salud debiera recibir formación y ser orientado para operar con estos conocimientos en el transcurrir de cada día, de modo tal que la descentralización del poder subsiguiente del cogobierno no degenera ni en la guerra civil entre grupos, ni en el corporativismo alienante, ni en la parálisis institucional.

## Reorganización de la clínica y de la salud pública

Hace años, el pensamiento crítico aplicado al análisis de salud viene demostrando el papel del control social de la clínica y de la salud pública. Evidenció la estrecha relación de la primera a la lógica del mercado y de la segunda a las razones de Estado. Poco se ha discutido, sin embargo, sobre las maneras de rescatarlas de este limbo donde el estructuralismo situó todos los discursos fundados en saberes que se pretenden científicos y en poderes suprasocietarios.

Si se lo plantea de otro modo, ¿le interesaría o no a la humanidad reconstruir esas prácticas sanitarias de forma tal que permitieran aumentarle la capacidad de defender la vida de los individuos? Si respondiésemos de manera afirmativa a esa pregunta, en consecuencia, deberíamos empeñarnos en sumar a la crítica otras propuestas positivas, o sea, sugerencias sobre cómo reordenar a la clínica y a la salud pública para superar los límites que les fueron impuestos por la historia. Aquí no voy a hablar exclusivamente de la ampliación del horizonte de los conocimientos científicos, de nuevos descubrimientos o de nuevas técnicas de diagnóstico preventivas o terapéuticas. Pienso, en particular, en la redefinición de la función social de la clínica y de la salud pública. Al final, hoy, ya es posible imaginarnos nuevos objetivos y, por lo tanto, nuevas relaciones entre profesionales y pacientes, entre las instituciones de salud y la sociedad.

Me acusaron recientemente de omnipotencia y de idealismo por pretender juzgar las prácticas en salud según la capacidad de defensa de la vida (Fernandes, 1993). Pero si así no fuera ¿por qué razón conservarlas?; ¿por qué tendríamos que cuidar de su reproducción social en lugar de esforzarnos simplemente por suprimirlas de la faz de la tierra?; ¿por qué deberíamos gastar

tiempo y dinero con ellas, sino para que nos auxilien en la reproducción y manutención de la vida?

No hay omnipotencia en ese proyecto; sí la habría si las pensáramos como únicas o, asimismo, como principales instancias de mantenimiento de la vida. No se trata de eso. De lo que se trata es de realizar una crítica al carácter ritual asumido habitualmente por la clínica, a su tendencia de medicalizar la salud y la enfermedad y al predominio de procedimientos dictados por los intereses económicos. De lo que se trata es de apuntar a la estrecha vinculación de la salud pública con la dominación política y económica, sin adoptar ninguna de las dos ordenadas, según el imperio de la lucha contra el sufrimiento, el dolor, la dolencia y la muerte.

### *Algunas posibilidades de reformulación de la clínica*

Dentro de este propósito valdría la pena repensáramos los criterios utilizados para delimitar la noción de *cura*.

Poco progresamos en este campo desde *Lo normal y de lo patológico*, de Georges Canguilhem (1982) y, lo que es más grave todavía, retuvimos apenas, como una trivialidad repetida por muchos en un tono religioso, una cierta parte de las conclusiones del filósofo francés. Nos contentamos en conservar su idea de que la clínica médica es, en efecto, normativa, y que ordena “los modos de andar por la vida”. La medicina social, durante todos esos años, hizo algo más que torcer la nariz a la clínica y abrir la boca con espanto ante las contradicciones de la vieja dama, haciéndole, con desprecio, un sonoro y púdico: “¡Oh!”.

En verdad, no supimos dar una continuidad a la obra de Canguilhem ni superar el relativismo paralizante que sus razonamientos en un inicio pudieron sugerir. Sí... en efecto, el énfasis en el descubrimiento de que la enfermedad era percibida a partir de normas socialmente construidas, que no se fundaba en forma exclusiva en supuestos valores anormales, eternamente válidos y escritos desde siempre en la naturaleza, solo a la espera de que algún cientista les viniese a develar estas sorprendentes conclusiones, ofuscaron nuestro discernimiento y nos impidieron mirarlas con otro enfoque que no fuera el impregnado por el negativismo de la época.

Nadie se preguntó, a partir y por dentro del discurso de Canguilhem y no contra él —como era común de la orden médica hacerlo—, “¿y de ahí?”; después de todo, eso es lo que nos explicó el filósofo médico, es decir, cómo se transformaría el hospital, la escuela médica y la salud pública. Todos nos quedamos más expertos e irónicos, sin duda, pero ¿la lucha contra la muerte,

el desafío de mantener la vida utilizando y apoyándose también en procedimientos específicos de la clínica y de la epidemiología? En fin, el campo singular de los servicios de salud, y no de otras instancias de organización social, ¿qué urdiembre podríamos retener?

Después de toda la borrachera del academicismo crítico, deberíamos retornar a Canguilhem utilizándolo ahora para la reconstrucción de las prácticas sanitarias. Me refiero a conceptos como los siguientes:

...para el hombre, la salud es un sentimiento de seguridad en la vida, sentimiento este que, por sí mismo, no se impone ningún límite.

La salud es una manera de abordar la existencia con una sensación no solamente de poseedor o portador, sino también su necesidad de creador de valores, de instaurador de normas vitales. (Canguilhem, 1982)

En esta cita, se hace evidente —como en toda la obra del autor— la conceptualización dinámica y no mecánica de los términos *salud*, *enfermedad* y *curación*. Con todo, el dinamismo, la subjetividad y la relatividad cultural de estas nociones no anulan la irreductibilidad de estos valores para un individuo determinado, que vive en un cierto tiempo y en un cierto espacio social y geográfico. Tampoco enmascaran la estrecha vinculación de esta instauración de normas vitales con los deseos, intereses y necesidades de cada uno y de toda una colectividad. Es decir, *salud* presupone una cierta capacidad de utilización de instrumentos naturales y artificiales —socialmente contruidos, como la clínica y la salud pública— como un intento de apartar el dolor, el sufrimiento y la muerte. Pues es, exactamente basándonos en esa irreductibilidad, que podríamos proponer una reconstrucción del concepto de *cura*: curar a alguien será siempre luchar para la ampliación del coeficiente de autonomía de esa persona particular.

Partiendo de esas limitaciones derivadas de la dolencia, de las contingencias impuestas por la genética, por la biología o por el contexto psíquico y social, los servicios de salud deberían trabajar para aumentar las capacidades de los individuos y de las comunidades que padecen esas dificultades, eliminándolas o recibiendo apoyo para reducir sus efectos perniciosos.

En diciembre de 1992, yo ya escribía que “el objetivo de todo trabajo terapéutico es ampliar la capacidad de autonomía del paciente”. Las instituciones de salud debieran existir para ayudar a cada paciente a utilizar mejor sus recursos propios, partiendo siempre del reconocimiento de la voluntad y el deseo de cura de cada uno, y también para ofrecerles recursos institucionales con el fin de mejorar las condiciones individuales y colectivas de resistencia a la enfermedad. En este sentido, constituirá parte fundamental de cualquier

proceso terapéutico el esfuerzo orientado a aumentar la capacidad de autonomía del paciente, mejorar la comprensión de su cuerpo, su enfermedad, sus relaciones con el medio social y, en consecuencia, la capacidad de cada uno para instituir normas que le amplíen las posibilidades de sobrevivencia y la calidad de vida.

La aplicación de estas directrices no solo revalorizará la práctica clínica, sino también estimulará el combate a la medicalización, en la medida que enseñará nuevos procedimientos terapéuticos más ligados a lo psíquico y a la reeducación sanitaria, e instituirá nuevas formas de valoración de las prácticas en salud. Por ejemplo, serán más adecuados como tratamientos de hipertensión programas que combinen tecnologías medicamentosas para reducir los índices de presión elevada, con acciones dirigidas para aumentar la capacidad de las personas de escucha y pelea con su propio cuerpo, con patologías eventuales y con las condiciones externas que las agraven o que las protejan: servicios de salud, tensión y nerviosismo en el trabajo, obesidad, tabaquismo, etc. Esto exigirá, por parte de cada equipo de salud, un abordaje más integral, al llevarlos a superar en la práctica el mecanismo biologicista y reduccionista que viene manteniendo teóricamente la degradación de la clínica.

Defiendo un movimiento progresivo, un proceso en el que se busque descentrar y ampliar el horizonte, bien como responsabilidad del mirar clínico, demostrando que la cura o la promoción de salud dependen siempre del medio social y de la historia psíquica de cada individuo y que, por lo tanto, las acciones clínicas —si se pretenden eficaces— no podrán nunca restringirse a la mera utilización de fármacos o de técnicas quirúrgicas. Esto implica que, además del patrón clásico de intervención terapéutica, sería urgente traer la valoración de la palabra y el escuchar para el rutinario espacio de la práctica clínica. Palabras de los profesionales, del enfermo y de la sociedad; escucharse los unos a los otros. Sin la renovación acerca de cómo se viene ejerciendo la comunicación profesional-paciente o equipo de salud-comunidad, nunca se disminuirá la dependencia del hombre moderno a la institución médica.

*Independencia* aquí no significa ‘ruptura’ ni tampoco ‘desligarse’: no remite al hecho de prescindir del apoyo de la clínica, sino que por el contrario refiere a que los individuos tengan relaciones más productivas y maduras con la enfermedad, con la prevención de la salud, con los profesionales, con los dispositivos tecnológicos e, incluso, con las instituciones de salud. Los equipos de salud podrán intercambiar con pacientes nociones sobre los modos en que ellos mismos podrían utilizar los recursos médicos, sociales e individuales-familiares existentes en cada situación específica.

No es posible atender y, al mismo tiempo, transformar la ávida demanda por acciones médicas que terminan en la asistencia médica de emergencia sin la contribución de la propia clínica, reformulada y competente, para establecer nuevas relaciones con los usuarios. De ahí, la importancia estratégica de temas, como vínculo, hospitalidad, contrato, autocuidado, entre otros, todos componentes esenciales para repensar el ejercicio moderno de la clínica.

Un proyecto como este depende, por lo tanto, de la demostración de que la pasividad del paciente o de la comunidad es, en general, un obstáculo para la cura, la prevención y la promoción de la salud. La forma más contundente de combatir la medicalización es mediante la introducción del tema del autocuidado en el discurso de la salud, que también tendrá consecuencias en las prácticas médicas. Se trata de avalar toda acción por su capacidad de influir en el nivel de autonomía de los pacientes.

Así, por ejemplo, un programa de atención a la tercera edad tendrá entre sus principales objetivos asegurar que las personas adultas mayores tengan más autonomía para que conserven la capacidad de locomoción y la libertad de ir y venir, estimulen la confrontación en discusiones sobre su pertenencia, sus derechos, modos de vida y, sobre todo, examinen la contribución que los equipos de salud pueden dar a estas personas que vivencian experiencias existenciales y sociales muy bien definidas y concretas. De forma similar, podríamos avalar programas de salud mental, derecho de salud de los trabajadores, salud de la mujer, etc.

Después de la acusación de omnipotencia y después de que se me imputara el deseo de hacer reformas sociales a partir de la salud, me veo obligado a comentar lo que a mí me parecía lo obvio. Es evidente que la acción clínica no es el lugar más promisor desde donde se podrían reconstruir culturas, ideologías, costumbres y, en suma, sujetos sociales. No, sin lugar a duda, no lo es. Además de todo esto, yo preguntaría: ¿existe este lugar místico?; ¿serán el partido, la familia, el psicoanálisis o la disciplina de los cuarteles espacios para la construcción de nuevas relaciones humanas?

Cada día me convenzo más de que este lugar está, al mismo tiempo, en todos y en ningún lugar y que, por lo tanto, no hay por qué renunciar a la esperanza de cambio, ni siquiera en las instituciones de salud. Hospitales, centros de salud, campañas, todo y cualquier espacio podrán ser ordenados en función de la defensa de la vida de las personas; finalmente esa es la razón social que las legitima, es su valor de uso, y lo dicho es tan verdadero que perdidos estos valores no habría porqué conservarlos. O sea, los servicios de salud deben contribuir para la mejoría de la sobrevivencia de individuos concretos y esos beneficios siempre dependerán de acciones sobre las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales de las personas. La clínica

no es omnipotente en ninguno de estos campos. Los cuerpos biológicos se desgastan y mueren de manera inapelable. La mente miente frente al racionalismo del clínico o del epidemiólogo, y es más compleja que la sumatoria de todas las computadoras de ayer y hoy. Y las revoluciones sociales, esas resisten hasta a las revoluciones, cuanto más a la acción de uno u otro equipo de salud...

Asimismo, siempre habrá acciones terapéuticas indicadas para mejorar las condiciones de existencia y, de preferencia, muchas veces tenemos que combinar elementos de dos o tres niveles de intervención ya citados arriba. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial de un adulto occidental sin considerar las cuestionas de trabajo, del salario, de los afectos, de las frustraciones, de posibles anomalías morfológicas o funcionales? No se trata de omnipotencia, sino de la búsqueda de la idoneidad en la defensa de la vida. Rescatar el valor de uso de la clínica, liberarla de su esclavitud al valor de cambio. Lamentablemente, la clase médica es, en extremo, conservadora.

Esa resistencia a las reformas de fondo de los modelos de atención tiende al endiosamiento de los medios de diagnóstico y terapéuticos, y al abandono —cada día de manera más radical— de la esencia de la clínica. Médicos especialistas se transforman en operadores de máquinas, en realizadores de procedimientos parciales e insuficientes cuando se tiene en la mira la cura del paciente. Tal postura solo se puede sostener, desde el punto de vista científico, por medio del proceso que transforma a la persona —que es cada paciente— en un objeto sobre el cual se instala la enfermedad, siempre muy igual a sí misma. Si por un lado esa transformación del sujeto de la enfermedad en objeto se justifica en algunas ocasiones, como cuando hay un coma profundo y se espera pronto restablecimiento de la conciencia o cuando se hace necesario estudiar el cuerpo como objeto de saber, en la mayoría de estas circunstancias tal postura es reduccionista. Todo esto llega a ser, en mi opinión, una de las principales causas de la ineficacia de la clínica moderna. Hasta el mismo cirujano no puede desconocer la subjetividad si se tiene como criterio de evaluación el restablecimiento integral del paciente.

Creo que deberíamos imaginar estrategias para la implosión de esa orden médica conservadora a partir de su interior mismo, es decir, reconstruir una serie de acciones y cambios que utilicen elementos y materiales, ya sean abstractos o concretos, y que pertenezcan a la propia institución que pretendemos reformular. La maduración histórica de las contradicciones de la medicina biológica y mercantil nos autorizan a suponer viables alteraciones fundamentales en la práctica clínica.

En este sentido, imagino al refuerzo del vínculo profesional/equipo de salud con el paciente como uno de los instrumentos capaces de potencializar

transformaciones en esa práctica. Con la idea del vínculo, se intenta tanto una búsqueda de mayor eficacia (aumento de un mayor porcentaje de curas) como la noción que valoriza la constitución de espacios propicios en la producción de sujetos autónomos: profesionales y pacientes. Esto implica que solo hay vínculos entre dos sujetos, por lo que se exige la asunción del paciente a la condición de sujeto que habla, desea y juzga, sin lo cual no se establecerán relaciones adecuadas entre profesionales y pacientes.

El vínculo, la desmitificación de los medios diagnósticos y terapéuticos, el estímulo al autocuidado, el trabajo en equipo con mayor autonomía profesional y concomitantemente mayor responsabilidad para la solución de problemas de salud y para la gerencia de los procesos de trabajo son todos los caminos para que se pueda vencer la resistencia de la clínica mecanicista y biologicista, para que se derrote el poder de controlar mentes y cuerpos y para que se limite una ganancia de la clínica como puro valor de cambio.

De cualquier manera, es necesario que cuestionemos también el absolutismo de la clínica y de la epidemiología, cuando ellas reivindicasen el monopolio del establecimiento de normas sanitarias o la exclusividad en definir lo que es *enfermedad* y *salud*. Es preciso recordar que esa normativa nunca tiene una objetividad positiva absoluta; posee diferentes grados de objetividad mezclados con subjetividad y determinación social. Las normas de salud varían con las de las condiciones sociales y las de las historias individuales, de lo que no debiéramos deducir que estará vedado a la clínica o a la epidemiología la confrontación con esos patrones normativos individuales o sociales. Por el contrario, la mejoría de los patrones de conciencia sanitaria (ciudadanía aplicada a las necesidades de salud) dependerá mucho de una clínica y de una salud pública críticas, capaces de dialogar con la sociedad a partir de parámetros y descubrimientos producidos por la investigación y por la práctica de esas disciplinas. Lo que urge alterar es la relación de autoridad entre esas dos protagonistas: orden médica y sociedad civil. Un cambio de opiniones y de certezas requiere ser mucho más intensa, flexible y constante.

La normalización de las nociones sobre la salud y la enfermedad, realizada solamente a partir de conocimientos positivos (anatomofisiopatológicos), estadísticos (formalismo cuantitativo) o, incluso, sociológicos (formalismo crítico cualitativo), tiene propiciado una pura idolatría de los medios y de las formas, desvinculadas de los fines, de los resultados y de los contenidos de las prácticas sanitarias. El sufrimiento y las dolencias de las personas y las posibilidades concretas de aminorarlas han quedado en un segundo plano.

En verdad, en cualquier circunstancia, solo se consigue vivir gastando la vida, gastando salud y, según Canguilhem, la salud será exactamente esa

mayor disponibilidad de elegir entre varios modos de andar por la vida, la enfermedad será una reducción de esas posibilidades y la muerte el cero absoluto en la elección de esos riesgos. ¡La muerte, la única condición ideal con riesgo nulo de padecimiento!

En fin, la utopía del cuerpo conservado para siempre solo se realiza con la momificación. Dura eternamente, aunque a costa del movimiento, del placer, del dolor y de la vida.

Por otro lado, al enfermarnos —en el inicio, en el medio o al final del episodio mórbido—, siempre, en algún momento, tenemos que inventar un esfuerzo vital, sin el cual no derrotaríamos a la muerte. En la dialéctica de estos impulsos, sobrevivimos, hasta que un día, derrotados, morimos.

Toda esta digresión es para criticar la histeria médico-sanitaria frente a los riesgos y su inmensa indiferencia frente a los otros. Solo el restablecimiento del arte de hablar y escuchar entre profesionales y pacientes, entre equipos y familia, entre instituciones médico-sanitarias y sociedad conseguirán rescatar la eficacia y la calidad de la clínica y de la salud pública.

### *Consideraciones sobre la salud pública contemporánea*

La salud pública se diferencia de la clínica por observar los problemas de salud a través de una visión dirigida a lo colectivo. No obstante, ocasionalmente se utilizan intervenciones sobre los individuos para obtener sus propósitos. También nos acostumbramos a pensar al Estado como el principal actor para dirigir la salud pública, aunque sea posible imaginarse acciones desencadenadas por segmentos u organizaciones de la sociedad civil.

La salud pública vive en la actualidad una crisis sin precedentes, una crisis de identidad. No es simple poder definir su motivo de intervención ni sus atribuciones, como tampoco sus límites; no hay una definición precisa. Con todo, ella ya conoce momentos de gloria, con la poliomielitis, por ejemplo. En Brasil, la vacunación masiva alteró de manera radical la relación de la sociedad con esta enfermedad y sus secuelas. En las décadas de 1950 y 1960, la ortopedia y la neumología tendían a multiplicar una verdadera parafernalia tecnológica destinada a rehabilitar y compensar las secuelas que las frecuentes epidemias de polio dejaban en las personas. En la actualidad, se cortó el mal de raíz y la ortopedia cambió su eje: sobrevive ligada a la traumatología, secuela de la violencia de la vida moderna (accidentes de tránsito, de trabajo, de guerras, etc.).

En aquellos tiempos la salud pública utilizó procedimientos específicos de su campo —en particular, la vacunación— y consiguió reordenar una

rama de la clínica. En la actualidad, la salud pública consigue, por medio de la epidemiología, diagnosticar las consecuencias trágicas de la violencia, pero la mayoría de las medidas que solucionarían radicalmente este problema no están al alcance de los servicios de salud, ya que exceden al ámbito de su actuación; se sitúan en las políticas de tránsito, en la legislación, en el combate de la criminalidad y en otras acciones que escapan a su capacidad de intervención en los servicios de salud. Pienso que ahí se encuentra uno de los puntos esclarecedores de los *impases* que se vivencia en la actualidad para este ramo de actividad, es decir, en muchos casos excede a los especialistas sanitarios exhortar a la sociedad a reaccionar frente a ciertas contradicciones del orden social restándole un campo mucho más restringido para acciones típicas y exclusivas del sector salud.

Así como en el caso de la violencia, en las sociedades industrializadas —por ejemplo, la brasilera— hay una tendencia de ampliación de las llamadas *enfermedades crónico-degenerativas*, de determinación más compleja, y siempre dependientes de un abanico de intervención, también mucho más variado. La hipertensión arterial, la diabetes, las neoplasias, el envejecimiento, las enfermedades mentales o psicosomáticas o autoinmunes exigen tanto de la ayuda social como de la protección individual. En todos estos casos, el discurso sanitario purista queda en deuda en los términos de explicación del proceso-enfermedad y, aun en forma más dramática, también queda en deuda cuando propone medidas de intervención en defensa de la vida de los grupos de poblaciones comprendidos en algunas de esas enfermedades. Es exactamente en estas lagunas que reina la clínica medicalizante y biologicista y de donde se propone hasta el fin de la salud pública.

Con todo, el razonamiento expuesto está lejos de agotar los porqués de la crisis. En Brasil siguen, sin variante, las epidemias de malaria, dengue, cólera, sida y las endemias de tuberculosis, lepra, mortalidad infantil y materna. ¿Y entonces? Si es verdad que el concepto de *lo público* es mucho más amplio de lo que es lo estatal, no hay un modo de separarlos completamente; por lo tanto, no hay manera de separar la crisis del Estado de aquella referida a la salud pública. Tanto el Estado como la salud pública tienden a la burocratización. Los sanitarios inventaron la manía de vigilar casi todo, con el fin de compensar la incapacidad de resolver lo esencial en cada momento. Abandonaron el riesgo de la elección de lo esencial, la idea de concentración de esfuerzos. Con esta dispersión, mucho se pierde y poco es lo que se resuelve. Procedimientos de rutina han evitado epidemias de rabia, pero solo la rutina de mantenimiento no puede controlar el cólera, ni a la mortalidad infantil, ni el sida.

La salud pública sufre también con la recesión, con la brutal reducción de las inversiones en casi todos los proyectos de orientación social. Padece,

además, de todos los males característicos de la administración pública, como el clientelismo, la baja productividad, la escasa creatividad, la falta de iniciativa, la centralización del poder, etc. La retoma del dinamismo de la salud pública depende, por lo tanto, como ya me he referido con anterioridad, del enfrentamiento de esos que nosotros criticamos, depende de una reforma de la cosa pública, de un cambio radical de los modos del funcionamiento del Estado.

En consecuencia, de ese conjunto de situaciones desfavorables se identifica hoy una tendencia de la inteligencia sanitaria a la humildad resignada. Me explico mejor: hay una disminución significativa de los objetivos de la salud pública. Nadie —ni siquiera los mismos especialistas en salud— cree en la eficacia o en la posibilidad de implementar proyectos de impacto sobre determinados proyectos epidemiológicos. Hay una crisis de la voluntad política, solo piensan en erradicar alguna epidemia o endemia. Al contrario, se argumenta y se demuestra la inevitabilidad de la convivencia con una serie de molestias para las cuales ya poseemos tecnologías de combate. Así, el cólera habrá entrado para quedarse, y un sinnúmero de sanitaristas advierte a la sociedad para que aprenda a convivir con él. No existen siquiera planes para la erradicación de la malaria; se prefiere vigilar.

Más allá de la superación de esa postura de subalternización, de la construcción de una nueva subjetividad sanitaria, urgirá recuperar la capacidad de protección social de la salud pública, esto es, reconocer el papel de la emergencia sanitaria social de esa actividad. La salud pública como institución existe, precisamente, para disminuir el impacto mórbido de las amarguras del orden social. Mientras no se mejora la distribución de la renta o en el caso de que la sociedad tenga mejoras graduales, al utilizar combinaciones tecnológicas de impacto sanitario, se espera de la salud pública disminuir con eficacia la morbilidad y la mortalidad de problemas evitables. Si en el párrafo anterior reivindicaba el exceso de humildad y de servilismo de la salud pública, ahora reclamo, como en otras oportunidades, de la proverbial arrogancia de osar pensarla como sustituta de las revoluciones o reformas sanitarias.

En realidad, perdemos la capacidad de combinar con libertad una serie de tecnologías con relación al problema a enfrentar, la manera de aliviar o disminuir las amarguras de lo social y de lo económico sobre la vida y muerte de las personas. Repensar la salud pública en la actualidad exige heterodoxia metodológica; exige consentir, expresamente, a pensar en el arsenal a disposición del sanitarista combinando técnicas y modalidades asistenciales conforme al problema a resolver, y en composiciones cambiantes de acuerdo con la disponibilidad de recursos y del problema a ser enfrentado. De esta manera, se tiene que pensar en campañas, con toda su verticalidad y temporalidad, y también en la instauración de rutinas de vigilancia. Se

requiere pensar en una salud pública activa, que busque a la comunidad y que investigue y descubra procesos mórbidos, pero que sea, además, capaz de incorporar a los ciudadanos con toda su subjetividad y preconceptos en programas donde esta dimensión sea esencial, como en el caso de prevención de enfermedades cardiovasculares, neoplásicas, o en programas de salud mental, *deshospitalización*, etc.

Resulta necesario combinar la capacidad de diagnóstico y de elección de riesgos de la epidemiología, siempre autorizando a la salud pública a trabajar con cierta autonomía o, por lo menos, fortaleciéndole una serie de diálogos con la sociedad, conforme con la elección de prioridades a partir de procesos políticos. Me refiero a los consejos de gestión, programas de política social o a los movimientos sociales o culturales, que muchas veces siguen lógicas diferentes que las de origen médico o epidemiológico.

Son indicaciones generales, pero creo que comienzan a demarcar un campo en torno al cual se podría reconstruir la legitimidad social de la salud pública.

## Capítulo 2

# La ética y los trabajadores de la salud

La estética está de moda. Se volvió a hablar de la ética, entre otras razones, porque ella se tornó un producto escaso, etéreo, tan difícil de ser encontrado que hasta las nuevas y las viejas generaciones dudan de su existencia. Ética en la política. Violencia, publicidad, mercado y ética, y así hacia delante...

En salud, Berlinguer y sus discípulos brasileiros imaginan suturar la crisis global de los discursos, de los proyectos societarios, de los paradigmas y del vivir en sociedad con una regla mágica, con un retorno a la ética (Berlinguer, 1986).

A pesar del tono amargo, considero pertinente la inquietud moral imbuida en esta corriente: lo que revela cuánta falta de ética existe en las relaciones sociales contemporáneas. Vivimos una etapa de endiosamiento del individuo emprendedor: *próspero* sin la grandiosidad moral del modelo literario. El mérito estará siempre al lado del vencedor, aun cuando salga victorioso después de sórdidas y mezquinas batallas. La profecía machadiana se está cumpliendo en toda su crudeza *al vencedor las batatas*<sup>1</sup>. Solo los débiles y los resentidos clamarán por piedad o por solidaridad. Cada acto tendrá valor tan solo por sus resultados y no se computará la defensa del otro, o el espíritu democrático en la ganancia de los vencedores.

Lo máximo es que se argumente contra el crimen, contra la corrupción o contra la violencia abierta y descentralizada, instrumento improvisado de acceso a los beneficios que la propia sociedad de consumo transforma en objeto deseado de todos para excluir a la mayoría de la fruición de esto que ella misma promete. Tal vez sea exactamente en este sentido que la anomia carioca<sup>2</sup> incomoda y preocupa a los bien pensantes de turno. Es la democratización perversa del uso del cuerpo y de la libertad del otro. Antes solo las elites podían. Ahora se ha perdido parte del control.

---

<sup>1</sup> Joaquim Machado de Assis, escritor brasileño, desarrolló una crítica al darwinismo social al apuntar que su máxima norma será: *al vencedor las batatas*.

<sup>2</sup> *Carioca* remite a la crisis de la sociabilidad de la ciudad de Río de Janeiro, que agrava la desigualdad y genera violencia.

Cada sociedad inventa sus emblemas gloriosos. Brasil se siente moderno con sus barrios jardines, *savassi* y marinas y buenos viajes<sup>3</sup>, imágenes que se pretenden globales, donde circula el buen gusto internacional. No es común este lujo de buen gusto, pero existen estas islas y son tan reales... aunque menos frecuentes que la miseria. Así, para los efectos simbólicos se selecciona lo conveniente y se lo presenta como evidencia universal del éxito.

Sin embargo, la historia, aun siendo un ángel que camina de espaldas hacia el futuro, no es totalmente ingenua ni completamente ciega. Tal vez sea apenas un poco estrábica o miope y perciba con la pureza de un recién nacido. A pesar de que es vieja como la humanidad, siempre agita vanidosa un traje especial, todo hecho de futuro, se disfraza de esperanza y aparenta que en el futuro todo será novedoso. La historia es una embaucadora, pero de un modo u otro trae a la luz otros emblemas, llagas abiertas. También están las favelas y los conventillos. Y tenemos las emergencias, los hospicios y cárceles, que indican el valor exacto que le atribuimos a la vida humana. Son símbolos no sofisticados: pequeño valor de cambio sin valor de uso significativo, cada persona...

El presente o el futuro nos juzgarán por los presidios, favelas, hospicios y salas de emergencias: el infierno materializado, que exhibe el patrón moral de Brasil.

La reconstrucción ética del país pasará, creo yo —creyente por la razón y por la fe, confesado y compelido— por la desconstrucción de estos espacios. Nuestros campos de concentración son una síntesis visible de relaciones humanas degradadas. Productos y productores de sujetos no éticos.

Discutir ética en salud pasa por todas esas abyecciones. No basta con denunciar los crímenes o terminar con la impunidad. Eso es vital; no obstante, la creación de una nueva ética trasciende el estricto cumplimiento del Código de Ética Médica o incluso la Constitución. No basta el cumplimiento estricto de las leyes. Trasciende, si bien también incluye el reconocimiento de los derechos sanitarios.

En realidad, me imagino que existen otros desafíos, situados en esferas próximas, pero distintas de aquellas prescritas en códigos y normas. Me refiero, por ejemplo, a la exacta medida del empeño de los trabajadores de salud en salvar vidas. Cumplir normas, en general, es importante; sin embargo, no asegura la creación inesperada de recursos para producir un diagnóstico, menos aún para concretar un proyecto terapéutico. Seguir los preceptos de la vigilancia sanitaria puede no incluir un compromiso existencial, técnico o político, indispensable para la reinención de viejas

---

<sup>3</sup> Referencia a barrios exclusivos en San Pablo, Belo Horizonte, Río de Janeiro y Recife.

maneras de controlar la malaria, erradicar el dengue o disminuir la dependencia a las drogas, a la miseria o a los preconceptos. Creo que el nudo gordiano de la ética está ahí. En salud —y en la vida en general—, la alienación produce acciones antiéticas. Aun inconscientes, aunque no son criminales, todavía son aceptables para la moralidad vigente y convengamos que la moralidad vigente anda rastrera, casi virtual.

En otras palabras: la institución de una nueva ética —en salud inclusive— depende de la generalización de un nuevo estatuto que constituya al ser humano como sujeto; un estatuto fundado en la autonomía y en la libertad, pero que establezca confrontaciones entre estos valores y la responsabilidad social. De este modo, en relación con la salud, es necesario incluir entre los objetivos institucionales: la cura o la prevención, la promoción de salud y el tema de la construcción de tasas progresivas de autonomía de los pacientes y de las comunidades. Esto exigiría actores dispuestos a repensar los saberes y las prácticas de los profesionales y de las instituciones, al combinar lo natural biológico a lo subjetivo-psicológico y a lo valorativo-social.

Nadie debería evadir impunemente este dilema si no se quiere correr el riesgo de reducir el peso del compromiso ético. Todos, cirujanos, enfermeros, sanitaristas y administradores, al recortar radicalmente su propio objeto de trabajo y excluir de las otras dimensiones de la realidad que no sea lo biológico bajo pretextos variados, reducirán siempre, en consecuencia, el compromiso ético con la reproducción de la vida que estos profesionales suponen que es la razón principal del trabajo en salud.

La política de salud no puede resumirse a la acumulación estratégica del poder e ignorar las dimensiones biológicas, técnicas y subjetivas de las prácticas sanitarias sin perderse en un mar de buenas intenciones discursivas o convertirse directamente en pura demagogia. La planificación y la gestión sanitaria no pueden sobrevaluar la eficiencia económica o la racionalidad administrativa sin caer en pragmatismos groseros.

Por último, la clínica no puede refugiarse en el positivismo biológico, en el fetichismo de los medios y de los instrumentos tecnológicos sin pagar el precio de la disminución de su propia eficacia y sin destruir al propio sujeto de la cura.

Se podrán citar aquí un gran número de explicaciones estructurales e históricas que elucidarán los porqués de esta situación. Otros actores ya demostrarán las distorsiones de los objetivos declarados de los sistemas de salud, al marcar el peso de la mercantilización, del desgobierno, del poder médico, de la burocratización, de los corporativismos, que conspiran contra la reproducción de la vida de las personas que se auxilian en los servicios o que son buscadas activamente por ella. En este sentido, poco resulta del

apego a exhortaciones morales edificantes cuando la maquinaria produce todo el tiempo más control social y alienación que salud.

Según esta perspectiva, no se tratará tan solo de intereses mezquinos o de la maldad intrínseca de los políticos profesionales. De lo que se trataría es de que, al reconocerse estas ataduras históricas y estructurales, se sugiriesen cambios que alterasen situaciones productoras de acciones y de comportamientos antiéticos, es decir, cambios que ampliasen las posibilidades de los diferentes agentes sociales —profesionales, pacientes, familiares, etc.— para participar de los procesos sociales de orden político y de los que están vinculados a la microsociología, la práctica clínica, la educacional, etc.

No obstante, este movimiento exige una actuación en dos niveles antagónicos: se tendrían que alterar tanto los corazones y las mentes de las personas como los de las instituciones, los saberes y las políticas. Para el éxito de este movimiento de doble faz, el pluralismo de los proyectos y de las invenciones es condición indispensable. Cada suceso, en cada uno de estos campos, potencializará transformaciones en otro y viceversa. Por lo tanto, la defensa de la ética deberá respaldarse en otros apoyos, además del púlpito y del tribunal.

Quisiera resaltar algunos puntos por medio de los cuales se podrían estimular cambios centrales en el modo en que se realizan prácticas y se organizan instituciones de salud.

- 1) En primer lugar, creo adecuado concentrar los esfuerzos políticos para evidenciar la cantidad y la forma respecto de cómo el dinero público es gastado en salud. Presiento que el movimiento sanitario aún no consiguió sensibilizar a la opinión pública en relación con este tema. Los consejos de salud<sup>4</sup> funcionan con precariedad, ya sea que se aumente o se disminuya el presupuesto de salud, y la sociedad asiste a este zigzagueo con cierta indiferencia. La idea de salud como derecho no se traduce en consignas prácticas, y reina un cierto desánimo nacional en cuanto a las posibilidades del control efectivo de los servicios públicos. Sin un cambio de expectativa, poco avanzaremos. Al contrario, se nota en el momento actual una difusión subrepticia de la noción de que la asistencia a la salud dependerá de iniciativas ya sean individuales, filantrópicas o de la suerte de cada grupo socioeconómico. La descentralización confundió aún más a las personas: ¿a dónde dirigir sus pedidos por mayor presupuesto? Es innegable que la dificultad en obtener victorias, aunque sean puntuales, ha reforzado ese

---

<sup>4</sup> El Sistema Único de Salud prevé la existencia, en todas las instancias de gobierno, de consejos de salud tripartitos, en los cuales se deberían destinar por lo menos un 50% de los puestos a los usuarios.

descrédito. Se pelea y se pelea y los distintos gobiernos siguen conviviendo con la progresiva falencia de la atención en salud. Por lo tanto, la defensa de la ética es una dimensión en esencia política, inapelablemente política.

- 2) Mientras se luche por políticas sociales accesibles y adecuadas no hay por qué desconocer las posibilidades de cambios microinstitucionales ligados a las relaciones de los equipos de salud con los usuarios. El modelo ético de los gobernantes no puede justificar totalmente los descalabros o la inercia conformista de los profesionales. Entre la dependencia de las macropolíticas y la autonomía construida en la base hay un largo camino que todos podemos desgranar aprovechando de los desvíos y atajos hasta que se llegue, en algunos casos, a la inversión del sentido de las determinaciones: el surgimiento de condiciones en las cuales los gobernantes no puedan continuar gobernando de la forma en que lo venían haciendo hasta entonces. Asimismo, incluso cuando no se alcance a este punto de ruptura, es innegable que pequeñas transformaciones pueden ser las señales de la posibilidad concreta de nuevas relaciones sociales: una enfermera de pediatría que interne a niños con dolencias no estará despojada drásticamente de sus condiciones sociales y subjetivas, sino que esto significará más que un ejemplo: demostrará que un servicio hospitalario en Brasil podrá funcionar a partir de una noción mucho más amplia de la de un ser humano y un niño. Esto implica que se tratará de inventar cambios que estimulen una reeducación de las sensibilidades de los agentes y de la sociedad, una educación de los sentidos. Con ese fin menciono algunas posibilidades concretas:
  - a) Aquí me inspiro en Basaglia al proponer un movimiento de redefinición tanto de las relaciones de los profesionales con los pacientes y comunidades como de las nociones de cura, rehabilitación y promoción de la salud, elementos básicos de toda o cualquier práctica sanitaria.
  - b) Creo que podríamos de inmediato proponer la adopción de nuevas formas de vínculo entre los equipos de salud y pacientes o comunidades a casi todos los servicios de salud. Al mismo tiempo, rediscutir cuál es la de cada profesional, equipo y servicio. Crear una nueva cultura que atenúe la dilución de las responsabilidades predominantes en la medicina contemporánea, privada y pública. Igualmente, al considerar la necesidad de la división de trabajo por especialidades, lo indispensable de la acción interdisciplinaria y el papel de los equipos, procurar identificar en cada caso un responsable principal. Alguien que asuma la integración de saberes e intervenciones, que defienda al paciente de los descaminos burocráticos, que se comunique más detenidamente con el paciente o con los familiares. El mismo razonamiento puede ser

aplicado en relación con programas de vigilancia de la salud: nominar en el sentido original de la palabra, de dar un nombre a una abstracción, un interlocutor para la sociedad, para la pequeña comunidad, agruparla, etc.

Estas transformaciones no cuestan más dinero, cuestan, sí, una brutal alteración de los mecanismos de poder y de la defensa corporativa y burocrática que fueron construidos en los servicios públicos en general y en los de salud en particular.

Esto podría redundar en profundas transformaciones de los procesos de trabajo en las unidades de salud. Vale entonces adjuntar a este debate también la discusión sobre los objetivos y responsabilidades de los servicios de salud. Incluir siempre entre los objetivos el tema de la ampliación de la *autonomía del paciente*, entendida como “capacidad de reproducción social de la vida a partir de los propios valores de los pacientes y de la sociedad” (Basaglia, 1996). En la actualidad, poco se nos dice de la desgracia de esta o aquella unidad, ya que en general poco hicieron para recoger la demanda sin esperanza de los grupos que la buscarán algún día.

- c) Otra directriz posible a ser desarrollada como una carta de independencia de la voluntad de los poderes centrales es la que se refiere a la democratización de la vida institucional. Quebrar las *certezas profesionales* al inventar dispositivos que estimulen la comunicación horizontal. Favorecer la discusión de problemas políticos, administrativos y técnicos entre los equipos, habituándose al intercambio de saberes, al escuchar la lógica de los otros actores —trabajadores o usuarios o gobernantes— y, principalmente, la construcción de proyectos institucionales según el espíritu colectivo. Eso implicará necesariamente la construcción de un ambiente de protección, en el cual cada agente se sienta seguro para exponer dudas, preocupaciones y descontentos, de modo que se pueda objetivar el descubrimiento de soluciones nuevas para antiguos problemas tenidos como insolubles.

Se trata de proponerse el aumentar las tasas de autonomía y de responsabilidad de los equipos de salud, y delegar al nivel local la definición de los procesos de trabajo, la elaboración de planes de aplicación de recursos y de incorporación de tecnologías conforme a las directrices definidas en instancias gubernamentales decisorias. En el día de hoy predomina el silencio entre los profesionales: no hay elaboración colectiva de soluciones gerenciales y los casos clínicos o sanitarios no son enfrentados a partir de la comunicación previa entre los equipos. Entonces, el resultado es casi siempre la cristalización burocrática de papeles y de intervenciones programadas.

Hay formas de inducir el desarrollo de procesos de este orden: me refiero a la creación de mecanismos que estimulen la solidaridad, dispositivos *desalienantes* que faciliten volver a reunir a los agentes de salud con su objeto y sus medios de trabajo. Se pueden introducir criterios de evaluación del desempeño cualitativo o ético de cada equipo, podemos utilizarlos como discriminadores de remuneración diferenciada a los que se sitúan más próximos de las pautas negociadas como adecuadas a un determinado servicio. Además de estas sugerencias, nuevas sensibilidades se podrán formar a medida que alteremos las reglas de distribución de honorarios y premiemos el empeño en defensa de la vida. Siempre habrá imperfecciones —mientras tanto— para la forma vigente de hoy en día, que no distingue a los peores de los mejores o que apenas estimula la producción de procedimientos que, por cierto, no han podido demostrar resultados aceptables. Discutir abiertamente la distribución de parte del dinero destinado a remunerar los servicios públicos puede ser un instrumento para la construcción de otra forma de consenso y puede constituir un mecanismo para traer a la discusión de las personas los modos acerca de cómo se está enfrentando la enfermedad y produciendo salud.

Estas son apenas algunas de las sugerencias por donde imagino posibles alteraciones de las pautas éticas vigentes en la actualidad; otros deberán inventar otros caminos posibles. De lo que se tratará en todos los casos será de la construcción de servicios públicos de salud empeñados en la producción de vida.



## Capítulo 3

# La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada<sup>1</sup>

### La clínica en Gramsci, Sartre y Basaglia

Es un trabajo sobre la clínica donde se comienza discutiendo a Gramsci, enseguida se cita a Sartre y después se rinde homenaje a Basaglia. Él es uno de los primeros médicos modernos en sugerir que las prácticas en salud se deberían orientar por una fenomenología materialista. Sí, Basaglia se sintió obligado a responder de manera concreta a la materialidad horripilante producida por la psiquiatría aplicada a los pacientes reclusos en los manicomios, y este es su compromiso con la práctica y con las personas por quienes él se responsabilizaba impidiéndoles operar solo con conceptos críticos. Por este motivo, Basaglia tuvo la necesidad de inventar algo que funcionara en el lugar del saber negado. En *El hombre y la serpiente*, Paulo Amarante analizó este movimiento de negación y de reinención de las políticas y de las prácticas en salud mental (Amarante, 1996).

En cierto sentido, un pionero en este esfuerzo de compatibilizar la determinación estructural con los procesos cambiantes realizados por sujetos concretos fue el filósofo y militante izquierdista Gramsci, alguien con quien la medicina nunca dialogó y a quien la salud colectiva, muy influenciada por los diferentes matices del llamado *materialismo estructuralista*, siempre desdeñó. Es una pena porque se perdió la oportunidad de recolocar en la escena a alguien que, sin adherir al idealismo, había reconocido el potencial creativo de las masas, de los grupos y de los individuos. La posibilidad de inventar de nuevo, a pesar de las determinaciones o de los condicionamientos estructurales, ya sean biológicos, biográficos, económicos, políticos o históricos. Esto le valió la acusación de voluntarismo, de subjetivismo y de hipervalorizar el

---

<sup>1</sup> Este trabajo está dedicado a Franco Basaglia.

papel instituyente de los sujetos haciendo historia. Según Gramsci, se hacía historia de múltiples y variadas maneras. Él fue uno de los primeros teóricos en hablar de *procesos de cambio molecular*: la educación, la cultura, el trabajo, la política, la iglesia, los medios de comunicación; en todos estos espacios, se construirá lo nuevo o se reforzará la vieja dominación. La revolución no será lo único ni el principal medio para que se constituya lo nuevo en las nuevas sociedades (Gramsci, 1978). Basaglia recuperó mucho de Gramsci para reflexionar sobre las instituciones y prácticas sanitarias.

Sin embargo, Gramsci nunca llegó a elaborar una teoría sobre el sujeto. Su prioridad fue pensar el nuevo intelectual orgánico, el Maquiavelo moderno: el partido de los trabajadores que, para él, sería el partido comunista. Si bien proporcionó muchas sugerencias valiosas sobre la complejidad de las relaciones sociales, no trabajó en profundidad la dialéctica alienación-liberación, es decir, sobre las maneras de que se produjeran sujetos con altos coeficientes de autonomía y de iniciativa en situaciones en que la mayoría de los determinantes estaría dirigida hacia la producción de sumisión.

En este punto, Basaglia se ve obligado a apoyarse en Sartre, un francés proveniente del existencialismo radical, heredero de una fenomenología que, prácticamente, liquidaba cualquier relación dialéctica entre sujeto y objeto, al atribuir al sujeto casi la responsabilidad total por la construcción de sentido o de significado para las cosas o para los fenómenos. Todo partiría del sujeto, casi una omnipotencia significadora de un sujeto que nomina el mundo sin que fuese influenciado por él. Pues bien, Sartre más tarde intentará modular esta perspectiva excesivamente subjetiva combinándola con el marxismo. De este esfuerzo resultó un esbozo de teoría sobre algunas posibilidades de desalienación de los sujetos. Sartre hablaba de serialidad, de grupos que repiten comportamientos condicionados por estructuras dominantes, pero apuntaba también a la posibilidad de la construcción de *grupos sujetos*, agrupaciones para trabajar con estas determinaciones de forma más libre, abocadas a la construcción de la libertad, de lo nuevo y de modos de convivencia más justos. Es innegable que hay una pizca de Sigmund Freud en todo esto; de cualquier forma, Sartre valorizaba al sujeto dentro de una perspectiva humanista y, al mismo tiempo, materialista (Sartre, 1963).

Sin embargo, ¿qué tiene que ver la clínica con todo esto? Basaglia aprovechó todo este caldo para repensar políticas y prácticas en salud. Amarante sintetizó la contribución de Basaglia con la siguiente frase:

Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. De

esta manera el mayor énfasis no se pone en el “proceso de cura” sino en el proceso de “invención de la salud” y de la “reproducción social del paciente. (Amarante, 1996)

La perspectiva es bien fenomenológica: sale el objeto *ontologizado* de la medicina —la enfermedad— y entra en su lugar el enfermo. No obstante, no es un enfermo *en general*, sino que es un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Todo el énfasis está puesto en una existencia concreta y sobre la posibilidad de inventarse la salud para estos enfermos, pero inventar salud, para Basaglia, implicará más que una intervención técnica y estará ligada a la reproducción social del paciente. Esta noción está profundamente influenciada por la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo, en la cual se parte del reconocimiento del paciente como una persona con derechos, pero que al mismo tiempo se lo debe preparar para hacer valer los derechos propios y construir un mundo mejor para el sujeto y para los otros. Una mezcla de actividades políticas, gerenciales, de promoción y de asistencia a la salud (Basaglia, 1985).

La propuesta aquí expuesta parte de estas ideas y comparte las mismas convicciones. La reforma de la clínica moderna debe basarse sobre un desplazamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el sujeto concreto, no un caso, un sujeto portador de alguna enfermedad. De ahí el título: clínica del sujeto. Al mismo tiempo, más que alabanza, es necesario dar algunos pasos más en dirección a esta perspectiva abierta por Basaglia: en primer lugar, porque ahora se estaría discutiendo la clínica y no solo aquella practicada en los centros de salud mental y, en segundo lugar, porque —con certeza— los movimientos que operan sobre la inspiración basagliana cuidarán mucho más del protagonismo político de lo que esclarecerá sobre la nueva institución que estaban reinventando.

Centrar la acción clínica sobre el sujeto está bien, mientras que este sujeto sea un sujeto concreto, en el que su biografía, su propio cuerpo y su dinámica corporal estarán marcados por una singularidad: algún tipo de enfermedad, sufrimiento o deficiencia relativa a la mayoría que lo circunda, en un contexto dado social específico. Colocar la enfermedad entre paréntesis es un ejercicio óptimo para quebrar la omnipotencia de los médicos, no obstante, no siempre ayuda al enfermo. Evita que sufra iatrogenia o intervenciones exageradas, aunque no necesariamente mejora su relación con el mundo. ¿Cómo destacar al sujeto y su integridad como ser humano, es decir, sus características esenciales, que en el caso incluye disturbios, sufrimientos, dolores, riesgos de muerte, enfermedad?; ¿cómo producir salud para aquellos sujetos portadores de cualquier enfermedad sin considerar también la lucha contra

esta enfermedad? Así, partiendo de Basaglia, creo es importante buscar una nueva dialéctica entre el sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier responsabilidad por la historia de los sujetos, ni la revolución en el otro extremo: la dolencia entre paréntesis, como si no existiera, cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos. La enfermedad está ahí, dependiendo de los médicos, de la medicina y de la verdad, pero también independiente de la medicina: depende de la voluntad de vivir de las personas, con convicción y, a su vez, independiente de la voluntad de los sujetos. Está ahí, tan simple como el proceso humano de nacer, crecer, gastar la vida, agotarla y morir —y sabiendo que las cosas no siempre ocurren en este orden exacto, cartesiano—; colocar la enfermedad entre paréntesis, únicamente, para permitir la entrada en escena del paciente, del sujeto enfermo, pero —ahora en homenaje a Basaglia— sin descartar al enfermo y su contexto: volver a escudriñar a la dolencia del enfermo concreto, ¿si no qué especificidad le corresponde a los servicios y a los profesionales de la salud?

## La enfermedad total o la enfermedad como parte de la vida humana

¿Clínica del sujeto? Sí, una clínica centrada en los sujetos, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esta existencia. Sin embargo, la medicina no solo trabaja con una ontologización de las enfermedades —las dolencias son el verdadero objeto del trabajo de la clínica—, sino que termina aprehendiendo a las personas por sus enfermedades: es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el ser del enfermo. Su paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, a un hipertenso, un canceroso o a un quejoso múltiple cuando no se acierta de inmediato con algún diagnóstico. Se habla hasta de un arte psicopatológico para referirse a pinturas elaboradas por enfermos mentales, como si la enfermedad sustituyera a la mente, al cerebro, a la voluntad, a todo el ser del enfermo. Para la medicina, la esencia del sujeto está vaciada por la dolencia, que ocupa su lugar *a posteriori*.

Haciendo una analogía con el concepto de *institución total* de Erving Goffman (1996) se podría hablar de *enfermedad total*. Para la medicina, ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva

identidad. Las personas dejarán de ser viejas, jóvenes, padres, madres, trabajadores, jubilados o desempleados, músicos o profesores, y todos serán enfermos de alguna cosa, de modo que poco importará pelear con la enfermedad como uno de los componentes de estas existencias concretas. Ni siquiera se cuestionan sobre cómo combinar una enfermedad determinada y el ser concreto agredido, cómo combinar el enfrentamiento de una determinada enfermedad con la lucha contra el desempleo, el combate de una determinada enfermedad con el cumplimiento de las funciones maternas o el cuidado y tratamiento de un determinado malestar con la conservación de algún bienestar o de algún placer.

Esta polémica tendrá que establecerse con la clínica, sin lo cual nunca habrá una clínica reformada y mucho menos ampliada. Una enfermedad perturba, transforma y hasta mata sujetos; con todo, apenas por excepción liquida a todas las demás dimensiones de la existencia de cada uno. Así, hipertensiones arteriales similares, según los criterios clínicos tradicionales, tendrían consecuencias y gravedades distintas conforme sea el sujeto y el contexto en cuestión. La clínica se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones y pierde, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos.

Por lo tanto, se sugiere una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al sujeto y su contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la clínica. Mientras tanto, se tratará de una ampliación, no de un cambio. El objeto para estudiar, a partir del cual se desdoblará un campo de responsabilidades para la clínica, será un complejo, una mezcla, resultante de una síntesis dialéctica entre el sujeto y su dolencia. Considerar a la enfermedad es mucho más importante porque influye, además, en la definición sobre la que la clínica debiera investigar. En los casos de enfermedades o deficiencias crónicas, de larga duración, en general incurables, se debe pensar en la clínica del sujeto. En general, estas personas están mucho más dependientes de algún tipo de apoyo técnico (medicación, hormonas, insulina, rehabilitación física, etc.), sujetas a variaciones de humor debido a sus enfermedades, que los disminuyen en relación con la media de la especie o del contexto sociocultural (terapia individual, trabajo en grupo) y más expuestas a las dificultades del contexto y que se verán favorecidas por programas sociales específicos (cooperativas de trabajo, apoyo educacional, viajes, viviendas colectivas, etc.). En fin, personas con cualquiera de estas características se beneficiarán de una clínica reformulada y ampliada.

En este sentido, respecto de la relación entre enfermedad y sujeto hay muchas posiciones posibles: desde aquellas en la que la dolencia ocupa un

gran espacio en la existencia del sujeto hasta otras en que la enfermedad es un riesgo en el agua, un evento transitorio y fugaz. Además, enfermedades semejantes desde el punto de vista de su clasificación pueden incidir de forma diferenciada conforme la historia y los recursos subjetivos y materiales de cada sujeto. Los servicios de salud deberán operar con la suficiente plasticidad para dar cuenta de esta variedad.

Entonces, ¿existe más de una clínica?; ¿qué es la clínica?; ¿hay solo una clínica, una clínica sin adjetivos que la califique?

## La clínica y sus variaciones de fisonomía

La medicina imagina la existencia de una clínica única, de una clínica totalizadora: la clínica científica y ética. Sin embargo, se trata de una pura declaración ideológica, tal vez asentada sobre la preocupación de vender la imagen de una institución racional y humana. En los principales manuales de semiología ya se encuentra que la clínica será ciencia y arte (Campos, 1992), lo que indica cierta contradicción, ya que *ciencia* refiere a saberes y procedimientos normalizados, y *arte* a la invención o a la improvisación. Históricamente la institución médica va resolviendo este dilema al tratar de transformar la dolencia en objeto científico pasible de elaboraciones estructurales y, por ende, base de apoyo para una acción orientada de los profesionales, al mismo tiempo que imagina la relación médico-paciente, es decir, el trabajo con sujetos concretos vinculado al campo del arte y, por consiguiente, de lo imprevisible: el espacio en que cada caso será diferente de los demás.

A pesar de la ideología, esta ideología existe y, por lo tanto, existe una *clínica clínica*, por lo menos en cuanto sistema de referencia y —conven-gamos— algunos sistemas de referencia ejercen bastante influencia sobre la materialidad de la cosa y de los fenómenos. En el caso de la medicina, opera en nombre de un sistema de referencia, sólido en certezas y lleno de vacíos, al que se le tiene asegurado respetabilidad y longevidad. Por este motivo, se optó por trabajar con la idea de semblantes, de facés o de los dobles de la clínica. Existen, de hecho, en la práctica, un gran número de clínicas. Si bien hay proximidad entre ellas, también hay muchas diferencias entre sí. En este sentido, es importante considerar las tres caras principales respecto de cómo la clínica se presenta: una clínica oficial (*clínica clínica*), una clínica degradada y otra clínica del sujeto.

La clínica degradada o ampliada está en relación con aquella considerada oficial. ¿Degradada por qué? Este concepto trata de reconocer qué contextos socioeconómicos específicos pueden ejercer una determinación tan absoluta

sobre la práctica clínica que esta tendrá su potencialidad disminuida para resolver problemas de salud. En este caso, *lo degradado* se refiere aquí a límites externos impuestos a la potencia de la *clínica clínica*. Muchos críticos de la medicina se han valido de estas degradaciones que derivan de intereses económicos corporativos o de políticas de salud muy deficientes para criticar a la clínica como institución (Illich, 1975). Este expediente les ha simplificado la tarea; no obstante, ha generado bastante confusión. Cuando una empresa médica dificulta el libre albedrío de los médicos o les impone restricciones, independientemente de la gravedad de cada caso, la baja eficacia de las prácticas no puede ser atribuida a la clínica en sí, sino a esa clínica degradada por aquellas condiciones específicas. Otro ejemplo es el modelo de atención de emergencia, que es practicado en millares de instituciones públicas y que fue brillantemente criticado por Ricardo Bruno, al que él denominó *sistema de trabajo queja-conducta* (Gonçalvez, 1994). Sin embargo, este estilo de trabajo viola principios básicos de los propios manuales de la clínica oficial; la degradación existente resulta de una mezcla entre una política de salud inadecuada y un comportamiento alienado de los médicos que la practican, al atender los casos de una manera reglada, casi independiente de la gravedad y de las necesidades de cada uno de sus pacientes.

Por lo tanto, hay una clínica degradada por intereses económicos o por desequilibrios muy pronunciados de poder. Cada vez que la racionalidad estrictamente clínica es atravesada por otras racionalidades del tipo instrumental o estratégicas, hay una degradación de su potencialidad teórica y se pierde la oportunidad de resolver problemas de salud.

No es que se esté imaginando una situación ideal en que la racionalidad clínica pudiese generarse en forma pura. Esto sería idealismo, sería el no reconocer el concepto de *práctica social* que afirma que toda acción de salud es una práctica siempre sometida a determinantes sociales, políticos y económicos. Sin embargo, las organizaciones de salud pueden crear ambientes y situaciones más o menos protegidas de todas estas determinaciones. Instituciones más o menos permeables a estas múltiples fuerzas e intereses en juego. Existen servicios de salud que subordinan todas estas otras lógicas a la de producción de salud; siempre procuran asegurar preeminencia al interés del paciente. No es que esta postura sea siempre vencedora, lo que se está asumiendo aquí es la existencia de organizaciones en las que el interés económico aparece antes que el del paciente, en que la lógica política y del poder se sobrepone a la razón de la cura o rehabilitación de las personas. Esto produce una clínica degradada.

No obstante, la clínica oficial (*clínica clínica*) es también bastante limitada, y estos límites, al contrario de aquello divulgado por la ideología médica, no resultan solo de los aspectos oscuros —desconocidos— de los procesos

salud-enfermedad (PSE). Un gran número de autores demuestra sus limitaciones ontológicas, sus debilidades de constitución (Foucault, 1980; Canquilha, 1982). Es verdad que la medicina siempre los ignoró. Recientemente, con la crisis de costos y eficacia, sin ninguna referencia a estos criterios originales, se constatan algunas aperturas entre ciertos epígonos de la institución médica. Las facultades de Medicina, por ejemplo, admiten rever su modelo pedagógico. De cualquier manera, se ha producido una copiosa literatura que critica a la medicina oficial. Se puede incluso afirmar que, en las últimas tres décadas, una parte importante de las investigaciones en salud colectiva tuvo como objeto el estudio crítico de las prácticas médicas. Se demostró que la medicina opera con un objeto de estudio y de trabajo reducido, lo que traería implicaciones negativas tanto para su campo de saberes como para sus métodos y técnicas de intervención (Camargo Jr., 1990). Además de eso se podría constatar en la actualidad que este reduccionismo autorizará a la clínica oficial a no responsabilizarse por la integralidad de los sujetos. Asimismo, la clínica solo se responsabiliza por la enfermedad, nunca por la persona que está enferma.

Este objeto de estudio y de intervención estará reducido en múltiples dimensiones: por un lado, un enfoque desequilibrado hacia el lado biológico, al olvidarse de las dimensiones subjetivas y sociales de las personas, lo que acarreará que los saberes y prácticas estén marcados por el mecanicismo y la unilateralidad en el enfoque; por otro lado, se aborda más a la enfermedad que al individuo, es decir, se piensa en un individuo fragmentado, un ser compuesto de partes que solo en teoría guardarían alguna noción de *interdependencia*. Este reduccionismo tiene innumerables consecuencias negativas: el abordaje terapéutico volcado de manera excesiva a la noción de *cura* —con frecuencia confundida con la simple eliminación de los síntomas y, en el mejor de los casos, con la corrección de lesiones anatómicas y funcionales—, dejando en segundo plano las posibilidades de promoción de la salud, de prevención o de rehabilitación. Además de eso, este objeto reducido autorizará la multiplicación de especialidades que terminará por fragmentar, a un nivel insoportable, el proceso de trabajo en salud. En consecuencia, se viene reduciendo la capacidad operacional de cada clínico, estableciéndose una cadena de dependencia casi imposible de ser integrada en proyectos terapéuticos coherentes.

Todo este sistema viene produciendo relaciones bastante paradójales con la sociedad. En cierta medida, la medicina nunca perdió la capacidad de ejercer control social sobre la mayoría de las personas; su papel de árbitro y su discurso competente sobre temas ligados a la vida continúan vigentes. Sin embargo, en el trabajo cotidiano se percibe un grado cada vez mayor de

alienación de sus agentes en relación con los sujetos concretos que dependen de sus cuidados. Alienación, alejamiento, desinterés, fijación en procedimientos técnicos normatizados, dificultad para escuchar quejas, imposibilidad de comunicar cualquier cosa, además de la secuencia automática de procedimientos, pero tiene gran capacidad de influenciar al imaginario social. Tal vez por la articulación de la clínica con el medio y con el complejo médico-industrial, por la función social de los adversarios de la muerte y del sufrimiento o por la capacidad de resolver un serio problema de salud y de aliviar muchos sufrimientos que la clínica misma, aunque degrada, conserva todavía. Por todo esto, la clínica sigue siendo una institución importante e influyente: un espacio donde las personas invierten afectos y esperanzas, donde aún se producen valores de uso e, inevitablemente, se disputa poder, y muchas veces se transforman valores de uso en puros valores de cambio, interés económico o realización de plusvalía para los otros, casi nunca de los enfermos.

Pues bien, ¿y la clínica del sujeto? Ampliada y revisada, revisitada. De esto trata este trabajo. Con todo, ella tendrá que enfrentar y derrotar los principios y las críticas que la clínica oficial no ha conseguido ni siquiera analizar y mucho menos resolver. ¿Cómo criticar la fragmentación que se origina de la especialización progresiva sin caer en un oscurantismo simplista? Un oscurantismo que niega el desarrollo progresivo de los saberes y de las tecnologías. Habrá que enfrentarse a ese desafío y no solo ayudándose del lugar común posmoderno de la transdisciplinariedad. Los conceptos de *campo* y *núcleo de saberes y de responsabilidades* intentarán operar esta difícil travesía. Después habrá que articularlos con las nociones de *equipo clínico de referencia* —organización vertical del proceso de trabajo, organización basada en el campo, espacio de una clínica ampliada— y de *apoyo especializado matricial*, es decir, la organización horizontal del proceso de trabajo, en donde se intenta combinar especialización con interdisciplinariedad, especialistas apoyando el trabajo del clínico de referencia conforme el proyecto terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el equipo involucrado en la atención matricial. Además de esto, habrá que superar la alienación y la fragmentación y el tecnicismo biologicista, al centrarse en el eje de la reconstitución del vínculo entre clínico de referencia y sus pacientes. Habrá que superar la fragmentación entre la biología, la subjetividad y la sociabilidad mediante el trabajo con proyectos terapéuticos amplios que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que reconozcan un papel activo para el expaciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros. Es una crítica que se pretende dialéctica el hecho de que la *clínica clínica*

esté obligada a deconstruir reconstruyendo alternativas concretas de saberes y de praxis: una clínica reformulada y ampliada.

## **Entre la ontología de la dolencia y la fenomenología del sujeto enfermo**

### *Una primera ampliación del objeto de trabajo de la clínica.*

El objeto de la clínica del sujeto incluye la dolencia, el contexto y el propio sujeto. No hay modo de ignorar la enfermedad, ya que en tal caso no sería clínica sino sociología o filosofía existencial; tampoco se puede abordar la dolencia sin encuadrarla dentro de una cierta ontología. La dolencia existe y no existe, antes de Max Weber la clínica ya operaba, en la práctica, con un concepto muy semejante al de *tipo ideal*. Una abstracción concreta: la dolencia. Un ser inanimado, pero dotado de animación externa. Un ser probable, aunque inexistente en la práctica. Una regularidad que nunca se repite exactamente igual. Entonces, ¿por qué se considera que estos son patrones teóricos? Porque dentro de la ontología existe todo un mundo de certezas que infunde seguridad a los sujetos operadores, a los agentes de salud. Tratar la enfermedad como un ser con identidad propia es la base que autoriza a un profesional de salud a intervenir en casos concretos. El problema ocurre cuando este ser de la dolencia sustituye completamente al ser que realmente es y se pierde la capacidad de que se opere con la singularidad de cada caso. No obstante, saber sobre la hipertensión en general ayuda bastante; conocer desdoblamientos genéricos sobre el proceso de gestación considerado normal también ayuda mucho y, aunque se sepa de esta supuesta anormalidad inexistente, conocer sobre el tipo de gestación ideal, ayuda. Ayuda, pero confunde, perturba, porque en nombre de esta abstracción se autorizan intervenciones impropias, intervenciones que desconocen la variabilidad posible de lo singular.

Todo saber tiende a producir cierta ontología de su objeto, a transformar el objeto de análisis en un ser con vida propia. La política procede así con el Estado, los Estados se transforman en sujetos, casi con independencia de los seres concretos que los operan. La medicina se transformó a sí misma en un ser dotado de vida propia, con desarrollo, enfermedades y capacidad de autocorrección. Todo normatizado, toda programación y toda planificación implican la suposición de un mundo sujeto a reglas. Un mundo en que las

dolencias serán una misma en cada una de sus múltiples manifestaciones, un mundo en que estas variaciones jamás destruirán la identidad de la enfermedad o del problema institucional o social enfrentado por estas formas de praxis. En resumen, aprender sobre una praxis presupone suponer casos que se repetirán de manera más o menos igual. De la ontología a la ortodoxia, sin embargo, hay apenas un paso. Sobre estas supuestas verdades, en general se organiza todo un sistema de poder, una jerarquía de guardianes, de fieles defensores de la identidad de la ontología contra la variación de la vida. Mientras tanto, tratados sobre la dolencia o sobre la fisiología del patrón de los seres humanos ayudan a la clínica. Más que ayudar, la tornan posible.

El desafío estará en pasar de este campo de certezas, de regularidades más o menos seguras, al campo de la imprevisibilidad radical de la vida cotidiana. Situación y estructura. El saber seguro y preso de las estructuras o lo imprevisible caótico de las situaciones siempre diferentes. ¿Cómo realizar este trayecto con seguridad? Una primera respuesta: el reconocimiento explícito de los límites de cualquier saber estructurado ya constituye una primera solución, pues obligará a todos los especialistas a reconsiderar sus saberes cuando se encuentre delante de cualquier caso concreto. Siempre.

No obstante, queda la pregunta: ¿cómo realizar este trayecto de lo general a lo particular con un poco más de seguridad que aquel, por ejemplo, exigido al artista?; ¿la clínica como arte? La vida de una persona no es un montón de arcilla o de piedra que se pueda sacar afuera en el caso de que la intuición del artista no estuviera funcionando. Por este motivo, es muy importante conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención (PSEA), por lo cual resulta fundamental aprender la variación, saber escuchar e indagar en cada caso singular y decidir, ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres y compartiendo dudas. La clínica del sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo. Habermas y la clínica. La arrogancia de un sabio que conoce casi toda la historia de un ser inexistente puede confundir más que ayudar. No obstante, se tiene que conocer lo relacionado con las normas posibles.

Es necesario hacer notar cómo esta exigencia básica de la práctica clínica es antagónica a la tendencia contemporánea de realizar una clínica sin riesgos a fracasar. Presionados por los sucesivos procesos de mala praxis, empresas y profesionales de salud, particularmente, en EEUU, actúan solo en situaciones en que el riesgo de fracaso es muy pequeño. En el fondo, todos pierden en este nuevo círculo vicioso. La tendencia medicalizante e intervencionista sustituida por una postura prescindente. De un extremo a otro, sin mediaciones más provechosas.

En este sentido, las organizaciones de salud —inclusive para asegurar el ejercicio de una clínica de calidad— estarán obligadas a adoptar una cultura

de comunicación. El primer paso es quebrar la arrogancia pétrea de la medicina, con sus doctores y sus protocolos, que serán bienvenidos desde que hubiera un espacio para que se dudara de ellos, para que los equipos actuaran apoyados en ellos, pero dudando de ellos. La gestión colegiada y la división de los servicios de salud en unidades de producción compuestas por equipos multiprofesionales crean condiciones institucionales favorables para el intercambio de información y la construcción colectiva de los proyectos terapéuticos. Con la construcción colectiva se evita que se diluyan responsabilidades y la omisión delante de lo desconocido o frente a lo imprevisto.

## Capítulo 4

# El AntiTaylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso<sup>1</sup>

### Consideraciones metodológicas

Este trabajo intenta describir un nuevo modelo de gestión para sistemas y establecimientos de salud. A este nuevo método se lo podría denominar *gestión colegiada*, *gestión democrática* o *gestión centrada en equipos de salud*.

Dado el ámbito acotado de esta presentación, no se desarrollará una nueva teoría que fundamente al nuevo método sugerido. Esto será una tarea de mayor envergadura, como el de una investigación, ahora en ejecución (para ser presentada en el acto académico de libre docencia en Brasil).

### La utopía de la democracia directa y algunos modos prácticos para hacerla efectiva

No hay nada como los desafíos impuestos por la vida (mundo empírico) para estimular a los sujetos a reconocer puntos de ruptura o de contradicciones en sus teorías. Si bien la teoría general de administración jamás pretendió, de hecho, democratizar las organizaciones, el marxismo, a pesar de las críticas a la concentración de poder burocrático, político y económico, nunca dio noticias de esto en la práctica de la democracia en las instituciones. Luego del inicio de la Revolución soviética, los principales dirigentes adoptaron al taylorismo como el método científico que se suponía adecuado para organizar fábricas, empresas y hospitales (Rago & Moreira, 1984). Sin duda, esta

---

<sup>1</sup> Publicado en *Cadernos Saúde Pública*, Río de Janeiro, v. 14, n. 4, pp. 863-870, 1998.

decisión contribuyó, en alguna medida, en la extinta Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, a la rápida y avasalladora dominación de la burocracia en las múltiples dimensiones de la vida. Al final de esta etapa, se puede verificar que algunas variantes del marxismo producirán, en ese momento, como prolegómenos o desdoblamiento de la década de 1960, críticas a la burocratización y a la concentración de poder en las instituciones, sin llegar nunca, sin embargo, a proponer de manera sistemática alternativas de métodos y técnicas organizacionales a la lógica inventada por Frederick Winslow Taylor (1984) y Henri Fayol (1960) (Braverman, 1981; Gorz, 1997; Offe, 1989; Tragtenberg, 1972, 1980).

En Brasil, dentro del proceso de implementación del Sistema Único de Salud (SUS), hay un gran número de experiencias dirigidas a ampliar la democracia en las instituciones de salud. La descentralización del poder hacia los municipios (proceso de municipalización) y la instalación de consejos y conferencias de salud con una mayoría de usuarios están entre los principales dispositivos sugeridos por el SUS para alterar el funcionamiento burocrático del Estado. Aunque para lograr algún grado de participación popular o de municipalización se encuentran dificultades inmensas, estas medidas parecen insuficientes tanto para alcanzar los objetivos del SUS como para disminuir el alto grado de alienación que se constata entre la mayoría de los trabajadores.

Inventar un modelo de gestión que responda a una serie de exigencias del propio modelo de atención sugerido por el SUS es, por lo tanto, un desafío abierto en evolución. Construir una alternativa operacional al método taylorista de gestión fue un desafío asumido por este investigador: un sistema de gestión donde se asegurara la producción calificada de la salud en la cual se garantiza la propia sobrevivencia del sistema y la realización de sus trabajadores.

Existe un gran desarrollo teórico y operacional sobre métodos y técnicas de planificación de salud (Testa, 1993). Sin embargo, la planificación no agota la mayoría de las tareas de un sistema de gestión. Un buen método de planificación por sí solo no aporta un buen sistema de gerencia para lo cual, inclusive, se ha garantizado la implantación real del plan elaborado. Todavía hay otros desafíos más específicos, pero no menos importantes para aquellos interesados en asegurar las principales directrices del SUS. Se recomiendan programas sanitarios basados en trabajo interdisciplinario. Mientras tanto, todas las organizaciones de salud están recortadas por otra lógica: departamentos, divisiones o secciones montadas según las profesiones: cuerpo clínico de médicos, servicios de enfermería, de asistencia social, nutrición, etc.

Se reconoce la conveniencia de la planificación ascendente con participación de profesionales y usuarios. Todavía no existen métodos seguros para

articular una participación horizontal de la base con la preservación de los objetivos primordiales del SUS. ¿Cómo combinar la democratización institucional con la capacidad de tener, sin embargo, algún grado de centralización vertical, sin lo cual los establecimientos se perderían en discusiones interminables o en particularidades?; ¿cómo propiciar la independencia y autonomía de cada equipo sin que se pierda el sentido de redes de compromisos, la noción de *sistema*, o sin que sea comprometida la directriz de la integralidad de atención?; ¿cómo asegurar un diálogo —o un hacer comunicativo (Habermas, 1989)— entre usuarios y técnicos?; ¿cómo disminuir en algunos grados la alienación o la burocratización, verificada en la actualidad entre los servidores públicos?; ¿cómo motivarlos, cómo ampliar su capacidad de reflexión y autoestima?; ¿cómo articular autonomía y creatividad con responsabilidad profesional?

La teoría general de la administración o taylorismo, en particular, se adjudica la tarea de administrar a las personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos, objetos despojados de voluntad o de proyecto propio. Forma parte de la cultura tradicional de la mayoría de las escuelas de Administración con el objetivo explícito de disciplinar al trabajador, doblegar el orgullo, la autonomía y la iniciativa crítica. Se delega a los patrones, normas y programas la función de operar en el trabajo cotidiano de aquellos encargados de ejecutar acciones. Algunas escuelas apostaron más en controles disciplinarios para realizar este intento, les bastó la domesticación del comportamiento de los trabajadores; otras, en el ínterin, más modernas y de pensamiento más estratégico, inventaron maneras de modificar la subjetividad de los sujetos, ganarles el alma. Sin embargo, ninguna de estas corrientes invirtió en la producción de sujetos dotados, al mismo tiempo, de autonomía y de capacidad para contraer compromisos con otros (Taylor, 1984; Fayol, 1960; Motta, 1987; Campos, 1992).

En Brasil, desde la década de 1970, hay un gran movimiento orientado a estimular la democratización de los servicios públicos de salud. Participación comunitaria, consejos de salud para tener acceso a la gestión tripartita con usuarios, trabajadores y prestadores son algunas de las diversas experiencias interesantes pero, excepto en lo que se refiere a la oficialización de los consejos y conferencias de salud, aún no se encontró un modo de institucionalizar todas estas directivas democratizantes. En lo cotidiano, los servicios siguen siendo gobernados según diferentes variantes del taylorismo. Pareciera como si la democracia terminara en los consejos de salud o en la oficinas de planificación y, de ahí en adelante, operara la lógica tradicional de gerenciamiento: poder centralizado en jefes, control directo sobre la realización de procedimientos técnicos (productividad médica, etc.) y control sobre el comportamiento formal de los funcionarios (cumplimiento

de horarios, informes, etc.), elaboración centralizada de programas y de normas reguladoras de la atención, y la casi ausencia de comunicación, ya sea entre servicios en relación horizontal de poder como entre los distintos niveles jerárquicos.

En algunas experiencias, gracias a la utilización de variantes de la planificación estratégica situacional, se viven momentos de participación que, si bien son momentos fundamentales, no llegan a modificar el sistema de gestión de salud: la democracia comienza y termina en las oficinas de planificación o de territorialización, etc. (Teixeira & Melo, 1995; Kadt & Tasca, 1993).

Lo que se pretende describir aquí es un método de gestión que, al apoyarse en toda esta tradición, tiene ansias y deseos de cambios, más que interés en adaptar y modelar sujetos. En realidad, se trata de realizar un doble trabajo: por un lado, asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización, es decir, producir salud, educar, etc. y, por otro lado, permitir y estimular a los trabajadores para que amplíen su capacidad de reflexión, de cogestión y, en consecuencia, de realización profesional y personal.

La vieja utopía griega de la democracia directa de los ciudadanos ahora está encarnada en instituciones concretas, que están insertadas en una sociedad profundamente contradictoria, injusta y desigual. Se trata de crear espacios de democracia ampliada, procesos productores de sujetos, ciudadanos que se hagan a través de la formación de grupos capaces de imponer resistencia a las determinaciones adversas del medio. Son equipos con capacidad de participar con los saberes estructurados, sin permanecer presos en sus cadenas de controles fundamentalistas. Nuevas y viejas utopías...

## **Inventando una nueva geometría y un nuevo funcionamiento para las organizaciones de salud**

Un primer paso para la creación de este nuevo método fue sugerir la modificación de los organigramas de los servicios de salud que, en general, estaban inspirados en el fayolismo y en el taylorismo, y crear unidades de producción. Se trata de eliminar a los antiguos departamentos y secciones organizadas según las profesiones, y de crear otras unidades que estén más de acuerdo con las lógicas específicas de cada proceso de trabajo. Todos los profesionales involucrados en un mismo tipo de trabajo, con un determinado producto u objetivo identificable, pasarán a conformar una unidad de producción, es decir, cada nuevo departamento o servicio estará compuesto por un equipo multiprofesional. Por ejemplo, todos los

que se relacionan con la salud del niño en un puesto de salud o en un hospital formarán una unidad de atención al niño; todos los que participen con la administración financiera en un hospital constituirán una unidad de administración financiera; los que sean responsables por el mantenimiento, limpieza y conservación conformarán una unidad con este objetivo. Se recomienda, sin embargo, que el número de las unidades de producción de las áreas denominadas *medias* nunca exceda a aquellas que, explícita o directamente, están encargadas de ejecutar tareas de la organización (prácticas de atención a la salud).

El diseño final de cada servicio —la manera de recortar la organización en unidades, cuántas unidades crear y cuáles son los límites y relación entre ellas, etc.— será una primera etapa del proceso de gestión participativa: son los propios trabajadores de cada servicio que, a partir de estas orientaciones generales, constituirán el nuevo organigrama. Estas orientaciones serán probadas durante algún tiempo, evaluadas en su funcionamiento, para ir estableciendo, después, las correcciones necesarias. Por lo tanto, este será un organigrama móvil, sujeto continuamente a reformulaciones, porque de antemano se sabrá y admitirán sus imperfecciones.

Cada unidad de producción tendrá un coordinador único y elaborará un proyecto de trabajo. Para esto operarán según un principio de funcionamiento, que es democrático y, al mismo tiempo, productor de responsabilidades y compromisos muy bien definidos. Todos los participantes de estos colectivos multiprofesionales formarán un colegiado para cada unidad de producción. El colegiado se encargará de elaborar directrices, metas y programas de trabajos con evaluación periódica. Al coordinador le corresponderá el papel de dirección ejecutiva; tendrá que implementar decisiones del colegiado de unidad y tomar decisiones imprevistas, conforme la dinámica de los acontecimientos, pero siempre apoyándose en las directivas definidas con anterioridad por el colectivo. Otra de las funciones de los dirigentes será actuar como emisarios de comunicación con el exterior para establecer contactos con otras unidades, como la Dirección General del servicio, con los usuarios, etc.

Para viabilizar este nuevo estilo de trabajo, habrá que alterar la cultura organizacional. Para esto se recomienda facilitar a todos las informaciones fundamentales y crear horarios para encuentros periódicos del colectivo en cada una de las unidades de producción (en general no más del 10% de la jornada de trabajo). Habrá que escoger un tiempo para reuniones ordinarias dentro del período normal de trabajo, haciendo de la reflexión y la planificación parte del proceso habitual del trabajo. En estos espacios, se discutirán necesidades de salud, división de tareas y el papel de cada uno,

para que enseguida se elaboren planes, modelos de atención, programas y metas.

Cada equipo será estimulado a reconstruir modelos o programaciones recomendadas o experimentadas en otros lugares, en donde se involucrará a la mayoría de los trabajadores con la construcción de una nueva obra, en tanto un modo de hacer las cosas con el cual los trabajadores se identifiquen y que, al mismo tiempo, cumplan los compromisos de aquella unidad o servicio y se atienda a alguna demanda social que produjera valores de uso. Realizar una obra como creación singular cuyo resultado sea una combinación de productos socialmente necesarios. Transcribir aquellas metas en indicadores y hacer que estos indicadores funcionen como analizadores del trabajo al abrir y vislumbrar críticas sobre el modo anterior de operar. Durante esta elaboración, tendrán que considerarse datos externos e internos al equipo: tomar las directrices y recomendaciones de los niveles más centrales del sistema, auscultar intereses y demandas de los usuarios y debatir con otras experiencias, con otros modos de enfrentar problemas semejantes a los que tienen la responsabilidad de aquella unidad.

Se recomienda también la institución de supervisión matricial que aumente la apertura de estas unidades hacia el exterior. Hacer una supervisión que no sea semejante a la concepción taylorista —alguien que controle y fiscalice el cumplimiento de las normas—, pero casi con el sentido que se le ha atribuido en la salud mental: un supervisor externo que se reúne con el equipo para instituir procesos de reflexión crítica y de educación permanente. Un supervisor que funcione como apoyo y trabaje para promover los cambios, que ayude en la identificación y a hacer frente a los problemas. Este trabajo de apoyo podría asumir ya sea un carácter más técnico —especialistas en enfermería, en pediatría, etc., que ayuden u orienten a varios equipos en donde haya este tipo de responsabilidad— o ser más un instrumentalizador de procesos de cambios. En este segundo caso, sería un agenciador y un estimulador de la capacidad de análisis y de participación del grupo en la gestión, una combinación de funciones típicas de un analista de grupo con las de un asesor en planificación. De cualquier manera, estos supervisores no tendrán línea de comando dentro de las unidades de producción, ya que solo la Dirección General o el coordinador, o los propios colegiados tomarán las decisiones que deberán ser acatadas por todos.

Según sugiere la calidad total (Campos, 1992), se recomienda —también aquí— disminuir el número y el poder de influencia de las direcciones intermediarias. La diferencia estará en que, en este nuevo modelo, aquellas

funciones que antes eran atribuidas a las direcciones intermedias serán sustituidas por el sistema colegiado o por el sistema de supervisión matricial. Por ejemplo: la antigua jefatura de todos los servicios de enfermería de un hospital, en el caso de reconocida competencia técnica, pasará a ejercer la función de supervisión matricial de todas las unidades en donde se realice el trabajo de enfermería.

También se harán grandes modificaciones en el sistema de la Dirección General de las organizaciones. El director general o superintendente y sus asesores tendrán una función ejecutiva semejante a aquella descrita para los coordinadores de cada unidad de producción, y constituirán junto con todos los coordinadores de cada una de las unidades de producción un colegiado general de Dirección. Este grupo, con reuniones periódicas, será la instancia máxima de deliberación del establecimiento: un colegiado compuesto por la Dirección general, asesores y cada uno de los coordinadores de las unidades de producción y, eventualmente, algunos de los supervisores. Un espacio para la elaboración y para compatibilizar las demandas y proyectos de cada unidad de producción, pero también la correa de transmisión y de reelaboración de las directrices del sistema de salud, de los proyectos y prioridades que provienen, ya sea de otras instancias de gobierno u oriundas de los consejos de salud en los que hay participación de usuarios (Figura 1).



Figura 1. Nueva geometría para instituciones democratizadas.

Nota: en la línea vertical se colocan la Dirección General, coordinadores de cada unidad de producción y su respectivo colegiado; en la línea horizontal, representado por líneas interrumpidas, sentido matricial, estarán los supervisores, así como algunos trabajadores que realicen tareas en más de una unidad de producción.

Este colegiado general de Dirección cumplirá una función integradora, intentando articular aquello que la descentralización del poder tenderá a oponer o a fragmentar.

## El método de gestión colegiada y la cogestión

A diferencia de los analistas institucionales (Lapassade, 1989; Deleuze & Guattari, 1976), se sugiere que el objetivo de la autogestión no solo será inalcanzable (irrealizable), sino también indeseable, porque esto implica una falta de compromiso con los intereses ajenos, y podrá redundar en autogobierno con características exclusivas y excluyentes. Para esto, se eligió como concepto director el de *cogestión* o *cogobierno*, todos con capacidad de decisión, por consiguiente, decidir al tener delante otras instancias, deliberar entre intereses en pugna, en negociación permanente, en discusión y recomposición con otros deseos, con otros intereses y con otras instancias de poder. A diferencia de la autogestión, el concepto de *cogestión* partirá del principio de que no habrá poder ni dominaciones absolutas y siempre será relativo y en relación con otros grados de poder y de dominación.

El mismo razonamiento vale para las posibilidades de libertad o de autonomía. Al contrario de lo que afirman los pensamientos idealistas, libertad y autonomía tampoco existen en absoluto. Libertad y autonomía de sujetos concretos solo existen en coeficientes o en cuotas. No hay libertad o autonomía total. Tampoco existe una dominación o determinación total, siempre habrá posibilidades de algún espacio para la resistencia, es decir, para atenuar, lubricar o hasta vencer imposiciones externas opresivas. Así, el método de gestión colegiada se basa, no en la idea de autogestión sino en el concepto de *cogestión*. Todos participan del gobierno, pero nadie decide solo o aislado o en lugar de los otros.

La función de dirigente o de liderazgo no se eliminará en esta forma de gobernar, sino que asumirá un carácter exclusivo y unipersonal. De ser un dirigente titular, sujeto sabio y todopoderoso, pasará a formar parte de un colegiado compuesto por directores coordinadores de cada una de las unidades de producción. En el ínterin, cada uno de estos directores cumplirá funciones ejecutivas, operacionales, de control, y le corresponderá asegurar el cumplimiento de las deliberaciones, así como tomar decisiones que los espacios colegiados no hubieran trabajado.

Estos colegiados no sustituyen ni tampoco deberán confundirse con los consejos de salud con una participación mayoritaria de usuarios. Ellos tendrán una función interna a las organizaciones y a los establecimientos y estarán subordinados a los consejos de salud. Este sistema no asegurará por

sí mismo la participación o el compromiso de los usuarios. Además, los consejos municipales, también previstos en la legislación, en general se colocan muy distantes de la gestión cotidiana de cada servicio de salud. Para atenuar esta separación de los usuarios y de los otros sectores de la sociedad civil del funcionamiento cotidiano de los servicios, se pensó en una red de dispositivos complementarios, todos volcados a aumentar la influencia de los usuarios tanto en lo que ocurre todos los días como en las grandes decisiones del sistema. Para esto, se sugiere desde la realización periódica de asambleas de usuarios en las que el colegiado de la Dirección tendría la obligación de estar presente hasta la constitución de consejos locales por cada distrito y aun hasta los mismos servicios de salud. Estos consejos locales funcionarán por representación y estarán constituidos con una lógica y composición similar a la prevista en los consejos municipales.

Mientras tanto, se hacen necesarios también mecanismos que den capilaridad a este sistema de participación. En este caso, el principal dispositivo para aumentar el poder del usuario en lo cotidiano fue la recomendación de que los servicios volvieran a funcionar también según una lógica de delegación individual de responsabilidad. No debiera haber ningún paciente, ya sea ambulatorio o para internación, que no tenga la posibilidad de que un profesional sea elegido o designado para ser su referencia. Por lo tanto, se valoriza el patrón de vínculo establecido entre los trabajadores y usuarios, no solo en términos genéricos y colectivos, sino también en su dimensión individual. Cada técnico o cada miniequipo tendrá responsabilidad integral sobre determinado número de casos. Los demás trabajadores lo apoyarán por medio de acciones articuladas en movimientos matriciales: interconsultas, acciones específicas que hayan sido ofrecidas para los usuarios ligados a distintos profesionales de referencia, etc. En este caso, la búsqueda de vínculos más calificados, explícitos y duraderos, además de las ventajas de orden político, la de propiciar mayor control del usuario sobre los técnicos, o de orden administrativo, la de explicitar grados de compromiso y de competencia de cada trabajador, contribuirá también para aumentar la eficacia del trabajo clínico y de rehabilitación. Se sabe que no existe una clínica eficaz sin personalización ni contextualización de los proyectos o programas terapéuticos.

Se piensa que esta nueva metodología de gestión es importante para lidiar con las distintas polaridades que operan casi en forma permanente en los servicios de salud. En este caso, se opta por considerar que estas contradicciones nunca tendrán síntesis definitivas. Al contrario, toda solución será provisoria y recolocará al antiguo conflicto dentro de nuevos estrados, pero no los eliminará, solo serán repuestos con nuevas características. Así se piensa una metodología de gestión capaz de combinar coeficientes de democracia

directa (participativa) con la preservación de algún grado de unidad en torno de aquellos objetivos primarios de cada institución, es decir, combinar los intereses de los usuarios con otros más próximos a los de los trabajadores. Se imaginó un método que mezclara la participación con la búsqueda de compromiso y de productividad, aunque especialmente que previera la posibilidad del montaje de una máquina organizacional que fuera al mismo tiempo terapéutica y pedagógica para los trabajadores —en el sentido de permitir su crecimiento personal y colectivo de manera continua y progresiva— y también productora de salud o de educación para el público.

Para este fin, se trató de combinar directivas del análisis institucional —autogestión y autoanálisis de los trabajadores (Baremlitt, 1992; Lapassade, 1989)— con otras típicas de cualquier empresa pública, es decir, con la necesidad de atender demandas sociales según ciertos patrones definidos por la sociedad y no solo por el grupo de autogestores. Por este motivo, se hablaba de coeficientes, grados de autonomía o cogestión. *Gobernar junto*, no solo ser gobernado o imaginar el delirio de gobernarse ignorando las imposiciones de la realidad. Este proceso de negociación permanente del sujeto con su entorno fue teorizado por Freud (1976), que desarrolló el principio de realidad, por Gramsci (1976), que creó la idea de composición de intereses y de proyectos de conformación de *bloques históricos*, y por Sartre (1963), que abordó la noción de *grupos sujetos*.

En ese sentido, se considera que siempre existirán antagonismos interminables entre la misión básica de los sistemas de salud y los intereses corporativos de las unidades y colegiados; y el desentendimiento entre médicos, enfermeros, técnicos y usuarios continúan existiendo. ¿Y entonces? Más aun, ise plantearán constantes disputas en torno a modelos y programas de atención, división de trabajo y atribuciones de responsabilidades! ¿Y entonces?

En verdad, el método nunca se propuso resolver estos conflictos y mucho menos eliminar estas contradicciones. Al contrario, se trata de admitir la inevitable existencia de estas polaridades y de crear espacios donde puedan ser explicitadas y trabajadas, a partir de considerar la existencia de distintos intereses y, por lo tanto, las diferentes racionalidades involucradas.

En verdad, se sugiere aquí una máquina gerencial instituyente. La contradicción entre los términos: máquina y gestión se refieren a lo establecido, a la reproducción de lo instituido y el nuevo método queriéndolas instituyentes! Una máquina presuntamente coproductora de sujetos aptos para el ejercicio de la libertad, para asumir los riesgos y el placer de la creación, pero también preparados para contraer compromisos, para respetar la misión primaria de la institución en las que estuviesen insertos.

Leyendo a Heráclito, Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Marx y Gramsci es posible aprender algunas cosas sobre la lógica dialéctica, y no es muy difícil reformular algunas de estas herramientas conceptuales para repensar la mayoría de nuestras prácticas orientadas hacia el control social y la dominación. Realizar este esfuerzo modifica la visión del mundo de un colectivo. Como escribió Pichon-Rivière:

...el uso instrumental de la lógica formal se adjunta al de la lógica dialéctica y al de la noción de conflicto, en el cual los términos no se excluyen, sino que establecen una continuidad genética sobre la base de síntesis sucesivas. (Pichon-Rivière, 1988)

Y a lo que valdría aumentar: síntesis sucesivas, sin embargo, provisionales porque son instauradoras de otros conflictos estimuladores de otros movimientos. No es fácil acostumbrarse a la idea de la convivencia en términos conflictivos y menos aún lo será lidiar en la práctica con estos desgarramientos, claroscuro todo el tiempo, anochecer-oscuridad, verdadero-verdadero y verdadero-falso y falso-falso, todo el tiempo mezclados y juntos. Descubrir la importancia y la necesidad de que se aprenda también con un polo que se desea superar. Aprender a aprender con el objeto sometido a la crítica, no hay sabiduría sin esta dialéctica: de aproximación y de distanciamiento de los objetos o fenómenos o sujetos con los que interactuamos. Descubrir, además, que el polo negado nunca será absolutamente suprimido, pero en caso de tener éxito sí será incorporado a una síntesis victoriosa.

Así, se sugiere una máquina gerencial dialéctica, un mecanismo capaz de lidiar con el conflicto social básico a la institución de cualquier sociedad, es decir, con el conflicto entre deseos individuales y necesidades sociales. Un eterno juego, un espacio que obligue a los trabajadores, dirigentes y usuarios a considerar intereses y palabras de otros autores. Una máquina que asegure tanto las posibilidades de participación, que produzca distribuciones más equilibradas de poder y que garantice la objetividad y la practicidad del funcionamiento del establecimiento. Discusión, negociación y explicitación de las diferencias; por lo tanto, siempre seguidas de síntesis operativas para ser llevadas a la práctica por los trabajadores y que la mayoría aprenda algo con el proceso, educación continuada en acción.

En resumen, se podrán enumerar algunas de las ventajas potenciales resultantes del funcionamiento de esta nueva metodología:

- Mejoría en el grado de participación y de compromiso de los equipos con la institución como un todo y, en particular, con los proyectos que ellos

fueron ayudando a inventar. La mayor parte del personal se ha sentido creador de los modelos probados y con esto se ha potenciado un aumento de su tasa de felicidad y de realización profesional. La mayoría de los equipos se han caracterizado por un amor explícito al trabajo ejecutado —sentimiento que, en el día de hoy, es raro en el sector público y también en el privado—: el orgullo profesional, el compromiso y la dedicación al paciente y a las reformas que ellos vienen inventando.

- Creación de un sistema informal de educación continuada del estilo *paideia* (educación integral), gracias a la multiplicación de los espacios donde se intercambia información y saberes y se discuten problemas: oficinas de planificación, discusión de casos, elaboración conjunta de proyectos terapéuticos individuales o de programas colectivos de atención. Se potencia una maduración de la mayoría del personal para luchar tanto en los aspectos técnicos como políticos, humanos y éticos, es decir, crecimiento de la capacidad de escuchar y exponer críticas para aceptar derrotas y establecer negociaciones y consensos.
- Mejora sensible en la relación de los equipos de salud con los usuarios y sus familiares, gracias a la institución de sistemas de referencia con responsabilidad y cuidados muy bien definidos y microsistemas de control social.

## Capítulo 5

# Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud<sup>1</sup>

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. Hay 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. Sin embargo, para que el trabajo autónomo sea eficaz se presupone, también, capacidad de responsabilizarse por los problemas de los otros. La autonomía responsable solo ocurre cuando los agentes están interesados por involucrarse en una determinada tarea. En principio, el trabajo autónomo casi no tiene necesidad de jefatura y demanda, a lo sumo, coordinación, evaluación externa y supervisión para indicar correcciones de rumbo cuando eventualmente sean necesarios.

El trabajo en salud está siempre sujeto a imprevistos. Hay rutina, patrones que se respetan y tendencias que pueden ser identificadas, pero también se llega a afirmar —y con cierta razón— que, en la clínica, “cada caso es un caso”, aunque 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 los que la dolencia de fondo es la misma.

Otras veces, para enfrentarse a lo inesperado, se exige improvisación, creatividad e iniciativa. Una epidemia de cólera en África tendrá un comportamiento y proyecto terapéutico diferente que si se presentase en el sur de Italia. El sida en Nueva York y en África tiene historias y exige medidas distintas. Lo mismo ocurriría con el cuidado clínico: dos embarazadas de la

---

<sup>1</sup> Este texto fue publicado en Emerson Merhy y Rosana Onocko (eds.). *Agir em Saúde. Práxis en salud*. Coedición: Hucitec/Lugar Editorial. San Pablo/Buenos Aires, 1997.

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 de 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 depende 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, que es 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, la falta de compromiso con la curación y con la promoción de la 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 de producir calidad de vida. Además, la predominancia de otras de estas lógicas ha empeorado, por añadidura, el fenómeno de costos crecientes en salud. Esto significa que no es posible operar sistemas de salud sin cierto grado de control institucional. De ahí la paradoja sobre cómo combinar libertad con control o 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 con 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 principio, contradictorias.

Los viejos y nuevos liberales sugieren radical autonomía para los hospitales, las empresas aseguradoras y 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.

En la práctica, tienen una asignación por producción, que es 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, la compra de servicios a cooperativos, el pago de honorarios calculados a partir de la producción o de la productividad son lógicas organizativas que 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 y proveen 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, por lo que se retira al trabajador de 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 hayan sido más utilizados para la defensa de intereses 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 & Guattari, 1972). En este sentido, una organización del trabajo más libre crearía instituciones con esquemas más horizontales de distribución de poder, mientras que 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. Además, valdría la pena enfatizar que el equilibrio no representará, necesariamente, el punto ideal de funcionamiento. Guattari sugería la necesidad de que se buscara o que se construyera, 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 de descubrir 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 bastante 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?

No habría una combinación que fuera *a priori* ideal: habría que buscar, en cada contexto, arreglos singulares que asegurasen el cumplimiento de, por lo menos, tres criterios aquí considerados como pautas de las combinaciones, de modo que realmente puedan ser practicadas en cada situación. A saber:

- a) El primer y principal criterio para validar un dispositivo institucional dado, ya sea del servicio o del equipo en cuestión, debería ser la capacidad de producir salud, ya que si un cierto contrato de trabajo está asegurando los objetivos de un programa de salud no habría por qué criticarlo. En caso contrario, siempre resulta 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 violar 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?, ¿se tendrán los saberes y medios para poder concretar lo proyectado?
- c) Por último, habría que 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 estuviesen articulados.

Nótese que, si había un importante grado de antagonismo entre autonomía y responsabilidad, es cierto que estos tres criterios sugeridos jamás borraron 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 las 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 los 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 habrá 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.

## **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 del resultado del trabajo, tanto por parte del trabajador como del paciente y de la sociedad. 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 un sujeto activo en el proceso de rehabilitación o en la trayectoria de invención de programas para develar un problema sanitario más colectivo, él no solo perderá contacto con elementos potencialmente estimuladores de su creatividad, sino también 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?, 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 solo embrutece al profesional, sino también lo agobia. Concentrarse en actos vaciados de sentido o cuyo sentido depende de una continuidad que el trabajador no controla o hasta desconoce termina produciendo un patrón de relación con el saber y con la práctica profesional burocratizada. 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 a decir que a los verdaderos artistas les importa mucho más la obra que el salario justo por el trabajo y el esfuerzo emprendidos.

Exageraciones idealistas aparte, hay una cierta dosis de verdad en esta leyenda. En la salud, es necesario volver a aproximar a los trabajadores al resultado de su trabajo y revalorizar 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, la gestión colegiada de servicios de salud puede servir como un dispositivo desalienante, es decir, como 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 con el trabajo clínico; no habría cómo valorizar la obra sin un proceso de trabajo que garantizara 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 de un determinado número de casos, integralmente responsables. Responsables, incluso, de la búsqueda de apoyo externo: interconsultas, internación, exámenes complementarios, intervenciones terapéuticas más puntuales, etc.

Al mismo tiempo, los profesionales disfrutarán de mayor autonomía para la intervención de los mecanismos de cuidados necesarios en cada caso. Se reconocerá la obra en cada uno de los pacientes que acompañan y 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 pueda ejercer mejor sus derechos de ciudadanía y, 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 para que haya gran autonomía profesional y, al mismo tiempo, cada uno supiese con mucha claridad sus atribuciones.

Además, solo 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, falta de compromiso, que no se respetan a sí mismos y con una autoestima muy baja. Significa lidiar con personas obligadas a realizar un trabajo mecánico y que solo es cumplido por el pago de un salario o por la retribución por productividad. En ningún caso, se garantiza atención de calidad a partir de estos instrumentos de gestión.

La obra se realiza solo 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 la 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 la 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, pero se desconoce qué es lo que se puede hacer en lo cotidiano de los servicios con eso.

Tal vez, en estos casos fuese conveniente la adopción de un 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. Quién sabe si con eso se disminuye o no la tendencia a la burocratización y a la inmovilidad verificada en la salud

pública brasilera. Pero ¿y 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 cómo 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 y, por lo tanto, 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 (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 del sector público. Es el caso, hoy en día, de los radiólogos, anestelistas y algunos otros de los especialistas que están mejor colocados en el mercado nacional.

Además, hay un gran número de secretarías de Estado o municipios que pagan 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. Esto significa que no hay manera de 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 tendrían que implementar, también, 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 es una alternativa que puede cambiar en forma positiva la subjetividad de los trabajadores de salud.

## 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 con 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.

Por un lado, 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; entonces, 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 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 trataron algunos ejes operativos útiles para potencializar el trabajo en salud: se habló de un juego entre autonomía y responsabilidad y 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 aguijones 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 a lo cotidiano de las relaciones de trabajo. Para operacionalizar eso, se compara 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 microcosmos 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; por el contrario, nadie tomaría la iniciativa de superar el *statu quo*. El resto son lentejuelas. Calidad total es esto.

Bien... ¿En qué puntos una propuesta que combine salario-base con remuneración variable por desempeño se diferencia de ese espíritu pragmático de calidad total? En innúmeros, por cierto. No obstante, hasta el momento, solo se señalarán 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 los equipos locales y realizarse luego consolidaciones y compatibilizaciones de los objetivos contratados, sintetizados siempre en planillas de resultados esperados.

La teoría es interesante, pero llevarlo a cabo es muy difícil. Las planillas suelen ser construidas por los estratos superiores de dirección y, al ser aplicadas, 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. Incluso, se tendría que reconocer que en buena parte de los servicios públicos el silencio de la impunidad, burocratización y 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 interesa a las directivas?

Además, cualquier conjunto de indicadores, aunque su construcción sea inmejorable, nunca conseguirá 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 y 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. Por ejemplo, en lugar de que el equipo se involucre en combatir la tuberculosis

y 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 para producir resultados con el segundo y, en este momento, entonces se necesitaría de un tercer evaluador para controlar a los otros dos y...

Sumado a esto, 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 PSE. 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?; ¿habrá 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 que el reconocimiento de 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 con 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?

## **Revisando conceptos de *alienación* y *transferencia* para su aplicación a la gerencia de trabajadores de la 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, restricciones y 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, interactúan con la sociedad y contribuyen 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 con el objetivo (misión), objeto y medios de trabajo de los sistemas de salud puede variar de acuerdo con la coyuntura y con 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, el uniforme blanco de la indiferencia y 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 en que 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 elite 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 y los reglamentos del hospital y de la práctica clínica en general 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 la 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, fuerte o suficiente para retirar la humanidad al objeto a ser tratado. 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 en la práctica se da 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 o 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 sin culturas singulares. La salud colectiva se autoriza a intervenir en nombre del riesgo de 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 (Birman, 1980).

Aquí se estaría atribuyendo una generalidad más amplia al concepto de *transferencia*, es decir, transferencia sería ese algo, aquella imagen o 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, la transferencia sería el modo en que un sujeto significa y representa. Siempre se está utilizando, de alguna manera, el recurso de desplazamiento a un 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 & Deleuze, 1976).

En la formación médica, las referencias utilizadas por los profesionales para representar a sus pacientes hay que buscarlas en el imaginario de las capas sociales a las que pertenecen los profesionales de salud y, en particular, en la cultura predominante en cada institución. Le cabría al analista-gerente descubrir las maneras en las 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: como miserables, ignorantes y carentes o como consumidores exigentes?; ¿son vistos y manipulados como si fuesen enfermedades desencarnadas de las personas concretas, 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 manera de alcanzar la calidad en salud sin enfrentar este tema. Para ello, es necesario analizar y reconstruir las relaciones entre los profesionales, las 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 en que se manifiesta el paciente o el usuario de un servicio de salud al profesional que lo atiende o al equipo que le da soporte o del servicio que lo acoge. La *contratransferencia* tendrá el sentido recíproco, es decir, el modo en que el trabajador, 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, 1982).

En todas estas situaciones, se observa una tendencia de los distintos sujetos a congelar 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 de comprender la dinámica en juego del proceso salud-enfermedad-intervención (PSEI). 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.

## **Equipo de salud: entre la especialización y la polivalencia**

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 aún, la fragmentación del proceso terapéutico según la lógica ajena a 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 con los resultados de sus prácticas. En la medida en 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 intervengan de manera excesivamente focal. Por ejemplo, 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 básicas a funcionar como orientadoras, como evaluadores de riesgo que otros van a trabajar. Los procesos de intervención son cada vez más largos, de mayor duración, involucran más y más especialistas, los costos se elevan, se imponen más y más restricciones y sufrimiento 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 por 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 falta de responsabilización 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, aún 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 imposible de administrar.

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 a que haya exacerbación de los conflictos entre los equipos de trabajo y entre estos 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 la de los demás, por lo que determina una división real de responsabilidad y crea justificaciones y protecciones por las omisiones cristalizadas.

Por otro lado, hay experiencias más radicales de horizontalidad de los organigramas, con una distribución más homogénea de poder. En estas situaciones, es común que 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 dudas, es fundamental—, pero por otro lado se verifica una 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* o de *núcleo de competencia y responsabilidad*.

Se entiende por *núcleo* al conjunto de saberes y de responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad. El núcleo marca la diferencia entre los miembros de un equipo. Los elementos de singularidad que definen la identidad de cada profesional o especialista y los conocimientos y acciones de exclusiva competencia de cada profesión o especialidad conforman el 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 PSE, 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.

Si se toma como ejemplo a un especialista en gineco-obstetricia, este 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. y, en tanto profesional de salud, tendrá como campo nociones sobre clínica en general, por ejemplo, tratamiento de la hipertensión arterial, 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 correspondería al médico la asistencia y el tratamiento clínico de patologías, y a psicólogos y psiquiatras el cuidado de gestantes con depresiones graves. 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 definición precisa e inequívoca de responsabilidades individuales frente a cada caso. Es fundamental que se identifique con claridad quién se

encargará de la administración del caso dentro de cada equipo, es decir, que se trabaje con el concepto de *vínculo definido y adscripción individual del paciente*. En este sentido, el profesional responsable por el caso es quien deberá 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 con 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 —ya que 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* 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*.

## 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, enfermero, psicólogo o 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, 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 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 parte, 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 sobre la motivación creativa o el empeño improvisador que 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 y 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, sino también 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 y asegurar 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? No siempre un gesto mecánico es inocuo. Para bien o para mal, también él produce algún efecto, no hay manera de no admitirlo. De cualquier forma, estos gestos automatizados 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 indispensable para que se piense la utopía de *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 estos 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. En este sentido, 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.— y 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 ética. 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 solo se trata de discusiones sobre ética y exhortaciones morales, sino también de 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 manera de escaparse del tema: la degradación moral del trabajo en salud debe ser enfrentada y derrotada.

En el artículo “Determinación y libertad”, 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 y el pasado, por otro lado, una vez interiorizados permitirán al individuo resistir las dificultades del contexto histórico, es decir, estos valores imperativos restringirán y, al mismo tiempo, 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, 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 es el mayor objetivo de 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 al alterar los resultados y 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, debido a 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 a 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 1989-1991.

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 a 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 ni a las conveniencias partidarias, ni a los intereses corporativos, ni 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 ET 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 el 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 y los sectores de funcionamiento 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. 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 hoy en Brasil haya ese tipo de conjunción de determinantes que en la práctica obligaría a cualquier gobierno a hacer que la educación o a la salud pública funcionasen. 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. 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. Además, 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 esta cuando se evalúe el potencial transformador de un actor dado o de su proyecto?

¿Podría haber coeficientes de defensa de la vida o grados de participación con la producción de salud?; ¿no sería un objetivo estratégico y permanente del trabajo sanitario procurar siempre dispositivos que aumentasen la implicación de gobiernos, trabajadores y de sectores organizados de la sociedad, con la defensa de la vida? O, aún 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 que sea diferente?

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

En el ínterin, 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, como el dinero y la búsqueda de poder, que indican un sentido para la acción de las personas.

## 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 que 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, medioambiente saludable, educación y ocio. El segundo eje lo constituyen los propios servicios de salud con una capacidad limitada —aunque 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 Sistema Único de Salud. 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

prevalcido 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 desarmaran 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: buscar formas de fortalecerlos, estructurarlos y 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 y 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, como mucho podrán ejercer algún tipo de fiscalización sobre el trabajo en salud, con el fin de apuntar límites para comportamientos y posturas corporativas o clientelistas.

De las líneas más ortodoxas de evaluación de servicios de salud (donatarios, 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 devolver los resultados a la dirección de equipos de salud. En esencia, estos indicadores deberían 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 en salud.

En verdad, valdría la pena que se defendiera también la generalización de otros mecanismos de control social que podrían hacerse 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 haya hecho 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 amenazarían 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 que gerencia 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, horizontalidad 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 que potencializan cambios si estos son sustantivos y finales, porque se refieren a los modos de producir salud. Los nuevos modelos deberían asegurar el acceso, la recepción, el aumento de la capacidad resolutive, inclusive con la ampliación del grado de autonomía del usuario, etc.

¿Por dónde comenzar, en esa maraña, a desentrañar los procesos de reforma?; ¿por la participación de la sociedad civil, por el cambio de las directivas gubernamentales, por el cambio de la participación de los profesionales, 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 entre la polaridad *control social o gerencial de los profesionales y democratización institucional*.

El diseño institucional democratizado, arriba sugerido —consejos deliberativos, gestión colegiada, horizontalidad 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 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 espacios abiertos a las bases, 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 Cándido 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, que impulsa, estimula y quiebra 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 ligada a los servicios pueda 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, habría una paradoja entre estas dos directrices: para que se democratice el poder institucional, se exige concentración de poder. Alguien —¿gobierno?, ¿movimiento?, ¿grupos de trabajadores?— que apoye el proceso. Para el mantenimiento y prosecución de las experiencias de participación, parece ser indispensable la presencia activa de garantes: de nuevo, gobiernos o movimientos que preserven lo conquistado. Tal vez, parecen ser también indispensables 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 solo 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 comparan 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 originara 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. No obstante, los gobiernos, la economía y 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 quiénes 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 de la salud. Descubrir mecanismos para llevar a la discusión y la demanda de los usuarios hasta lo cotidiano de los servicios y, sobre todo, 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. 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 frente al aumento de su capacidad de gobierno y su gobernabilidad. Por lo tanto, cuando se juntan 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 que estimularlo para construir 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 sea posible que dirigentes, equipos de salud y movimientos populares trabajen juntos.

## **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 solo desde su propia experiencia?; ¿habrá 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 a que ellos mismos presenten los problemas que consideren 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, teniendo en cuenta que es 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, de avalar servicios o de organizar un hospital?; ¿no sería idealista la pretensión de que cada equipo se reinventase 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 limitan 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 deberían traer nuevos saberes y prácticas ya vivenciadas en otros lugares lejanos del planeta a los equipos?

Aún 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, incluso cuando haya un buen eje conductor que lo justifique?; ¿cómo traer al ruedo problemas no elegidos por el equipo, pero que sean considerados fundamentales para la lógica de la defensa de la vida?; ¿cómo sugerir modificaciones cuando propuestas que se saben restrictivas están 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 de 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 solo, salud frente a estos dos paradigmas tan arraigados. ¿Cómo proceder?; ¿habrá que callarse, aun sabiendo de 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 descubriera por experiencia propia lo ya conocido?

Guattari llama la 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 tener en cuenta algunas reflexiones para practicar 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 debería variar conforme a la historia de cada institución, pero es cierto que 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 cómo se hace la atención a la salud, la centralidad de los procedimientos, generalmente desligados de la discusión 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, sobre la delimitación de los objetos de trabajo de los equipos, el hecho de que la enfermedad incluyese dimensiones sociales, subjetivas y biológicas y las consecuencias que traería eso para la práctica y formación de los profesionales, sumado a la necesidad de redefinir las nociones que sería *hacer política en salud*. Se debe recordar que, aparte de la lucha parlamentaria y social, más general, hay luchas políticas que se expresan en lo cotidiano, que envuelven 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, con el objetivo de 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, socioculturales 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)

Para concluir, es importante traer a 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 Sistema Único de Salud, el perfil epidemiológico de la región, los datos extraídos de la demanda, la ética y por lo que sería una clínica de calidad al redefinir papeles, responsabilidades y procesos de trabajo. Esto significa traer a lo concreto de cada servicio diseños que tengan en cuenta todos estos temas, pero que lo hicieran de manera práctica y funcional.



## Capítulo 6

# Equipos de referencia y apoyo especializado matricial

### Introducción

Este capítulo describe un esquema de organización para el trabajo en salud, al que se ha denominado *equipos de referencia con apoyo especializado matricial*. Se supone que esta ordenación potencializará alteraciones en la subjetividad y en la cultura dominante entre el personal de salud, por medio de una valorización concreta y operacional de las directrices del vínculo terapéutico (Pichon-Rivière, 1988; Campos, 1992), del de interdisciplinariedad de los saberes y de las prácticas (Japiassu, 1976; Nunes, 1995; Testa, 1997; Almeida Filho & Paim, 1999; Passos & Benevides, 1998) y del de gestión de organizaciones como dispositivo para producción de grupos sujetos (Campos, 1998).

No se trata de un estudio empírico sobre el impacto de la utilización de esta metodología de trabajo en situaciones concretas, sino de su descripción y justificación teórica. Aun así, con certeza, se puede tener en consideración experiencias en las cuales estas directrices organizacionales sirvieron como principal inspiración. En el período 1990-1998, equipos de referencia fueron implantados en varios servicios de salud; además se hicieron con modificaciones en relación con el modelo teórico descrito en virtud de especificidades organizacionales y culturales. En la salud mental —Servicio de Salud Cândido Ferreira, (Campinas, San Pablo)—, en hospitales —Hospital Público Regional de Betim (Mina Gerais) y Hospital Municipal de Paulina (San Pablo)—, en servicios de enfermedades de transmisión sexual/sida —atención domiciliaria del sida (Campinas, San Pablo)— se reorganizaron los procesos de trabajo de acuerdo con las direcciones del modelo de equipos de referencia. Los sistemas de atención primaria (red de centros de salud y de salud de la familia de Betim, San Pablo) también están siendo reformulados según estas directrices.

Sin duda, la elaboración teórica solamente se hizo posible después de que estos equipos de trabajadores se dispusieran a realizar una crítica viva de los conceptos y tecnologías sugeridos por la metodología propuesta. En este sentido, las reflexiones que aquí se presentan tienen una deuda insalvable con todo el personal que las fue recreando o con las que venían siendo sugeridas ya sea por los textos del autor o por el resultado de otras experiencias. A ellos mi gratitud y el homenaje de mi admiración más sincera.

## **Dispositivos, arreglos organizacionales y la gestión democrática en salud**

Según Baremblytt, *dispositivo* es “un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical” (Baremblytt, 1992, p. 151). Se puede observar que en esta conceptualización los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo, programas asistenciales, modificaciones en la cultura institucional o para reforzar o alterar valores, etc. Cuando se anhelan cambios o, asimismo, el refuerzo de algún comportamiento, se acostumbra utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios. En salud, han sido frecuente la organización de oficinas de planificación, entrenamiento y cursos, sensibilización, discusiones de problemas, etc. El empleo de este tipo de recurso en el Sistema Único de Salud (SUS) es común (Cecílio, 1994; Teixeira & Melo, 1995; Kadt & Tasca, 1993).

Estos espacios todavía tienen, en general, carácter transitorio y no logran alterar la lógica fundamental del funcionamiento de las organizaciones ya sea en su dimensión gerencial o en sus aspectos asistenciales. En caso de éxito, se modifican aspectos puntuales gracias a los efectos de estos dispositivos. No obstante, casi siempre la lógica estructural de la organización está preservada. Ejemplos: se ponen en funcionamiento oficinas de planificación estratégica con relativo grado de participación; una vez finalizados los trabajos, se retorna a funcionar según normas o reglas autoritarias sin alterar la tradicional línea de verticalidad de mando o la vieja separación departamental entre los profesionales y las especialidades. Se realizan grupos de integración con técnicas modernas y enseguida se vuelve a un estilo gerencial que limita y restringe la comunicación cotidiana.

En general, el viejo orden administrativo y la antigua organización del proceso de trabajo continúan produciendo subjetividades según la lógica

dominante y no según aquella que se pretende por los promotores de estos dispositivos.

En realidad, tanto la subjetividad como la cultura de las personas o de una organización son socialmente producidas (Marx & Engels, 1996; Guattari & Rolnik, 1981). Son el resultado de la estructura, del funcionamiento organizacional y de la ordenación específica de los procesos de trabajo. En este sentido, la cultura y la subjetividad de los equipos de trabajo serán productos con múltiples determinaciones. Dependerán de los saberes dominantes: la Clínica Médica, por ejemplo, condiciona y produce valores, posturas, deberes y responsabilidades. No obstante, también lo hace el pensamiento reformista del movimiento sanitario, el de la salud mental o el propio psicoanálisis como cualquier otra disciplina. Además, la definición concreta de cuáles serán los deberes y responsabilidades de un equipo depende también del contexto socioeconómico y político: el valor de uso de la vida varía conforme el tiempo, el espacio y la clase social de las personas. El valor de uso de un bien o de un servicio es, en sí mismo, un producto social e histórico.

Además de esto, la subjetividad y la cultura dominante en las instituciones son también influenciadas por el protagonismo de los grupos, es decir, son pasibles de cambios por medio de la acción humana. En este sentido, el estilo de gobierno y la estructura de poder de las organizaciones condicionan y determinan comportamientos y posturas. Un sistema de poder muy verticalizado, con toma de decisiones centralizadas, tiende a estimular falta de compromiso y alienación entre la mayoría de los trabajadores. Un proceso de trabajo centrado en procedimientos y no en la producción de salud tiende a diluir el compromiso de los equipos de salud con los usuarios.

Con frecuencia algunos dispositivos han sido constituidos para atenuar los efectos desagregadores y alienantes de la lógica organizacional arriba descrita, cuando en realidad se trataría de alterar el ordenamiento de estas organizaciones en su dimensión gerencial —democratización de la gestión— o en la atención a la salud con la reforma del modelo de atención (Campos, 1992).

No hay aquí censura en la utilización de dispositivos de carácter episódico. Al contrario, valerse de estos recursos es una de las reglas para la buena gerencia. Lo que se está afirmando es la insuficiencia de este recurso y, por ende, se sugieren que se emprendan cambios en la estructura gerencial y asistencial de los servicios de salud, recreándolos de nuevo. Dispositivos que produzcan otra cultura y otras líneas de subjetivación: a saber, estructuras que no fuesen centralmente inductoras de corporativismo y alienación. Se trataría de instaurar un nuevo orden organizacional que estimulase el compromiso de los equipos con la producción de salud, sin exigir en cambio omnipresencia u omnipotencia,

pero que les facilitase, al mismo tiempo, la adecuada realización personal y profesional (Campos, 1998).

Herbert Marcuse escribió que *lo instituido* —concretizado bajo la forma de estructuras, normas y valores dominantes— representa la materialización del principio de realidad (Marcuse, 1998), es decir, la organización real de una institución o un modo de producción de servicios de salud no son obra de la casualidad. Al contrario, reflejan intereses, directrices y valores dominantes en una cierta época y en un contexto dado. Cada modo específico de organizar la vida sirve a la concreción de determinados objetivos y no de otros. Por lo tanto, las lógicas de gobierno y de los procesos de trabajo no son nunca inocuas.

En este texto, se sugieren nuevos dispositivos para los servicios de salud con base en los conceptos de *equipos de referencia y del apoyo especializado matricial*. Se parte de la suposición de que una reordenación del trabajo en salud según la directriz del vínculo terapéutico entre equipo de profesionales y usuarios estimularía la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud. Esto articulado a las directrices de gestión colegiada (Campos, 1998) y de trabajo interdisciplinario (con cierto grado de intercambio dialógico entre las prácticas y los saberes, o sea transdisciplinario) posibilitarían una superación de aspectos fundamentales del modelo médico-hegemónico. Modelo ampliamente criticado por una serie de autores clásicos (Donnangelo, 1975; Luz, 1988; Mendes-Gonçalves, 1979).

Un nuevo dispositivo que estimulase en lo cotidiano la producción de nuevos patrones de interrelación entre equipos y usuarios, de modo que ampliase el compromiso profesional con la producción de salud y quebrase obstáculos a la comunicación.

## **El nuevo dispositivo: equipos de referencia y trabajo de apoyo matricial**

La reforma y ampliación de la clínica y de las prácticas de atención integral de la salud dependen básicamente de la institución de nuevos patrones de maneras de relacionarse entre sujeto/clínico y sujeto/enfermo (obvio, este dilema no será expuesto de esta misma manera para la salud colectiva, en particular cuando sea tomado como práctica social concreta).

En este sentido, se trataría de instituir —como norma organizativa— un nuevo sistema de referencias entre profesionales y usuarios. Cada servicio de salud sería reprogramado a través de la composición de equipos de referencia recortados según sea su objetivo, las características de cada local y la disponibilidad de recursos. De cualquier forma, estos equipos obedecerían a una

composición multiprofesional, variable, conforme a la circunstancia de estar trabajando en atención primaria, hospital, especialidades, etc.

La clientela de una región o de un establecimiento sería dividida en grupos bajo la responsabilidad de distintos equipos de referencia.

En un centro de salud de red básica, por ejemplo, se montarían equipos de salud de la familia (médico-generalista, auxiliares de enfermería y agentes de salud), equipos de salud de la infancia (pediatría, enfermeros, etc.), de salud del adulto (clínico, auxiliares de enfermería, etc.). En función de la disponibilidad de recursos, cada equipo mínimo podría contar con médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos; en caso de haber menor disponibilidad de profesionales, se ubicarían a estos profesionales más escasos en la línea de apoyo matricial, es decir, estos profesionales integrarían el trabajo de un determinado número de equipos de referencia siempre que su trabajo fuese considerado prioritario o necesario. Así, un psicólogo o un nutricionista podrían supervisar y apoyar el trabajo de cuatro o cinco equipos de referencia de salud de los niños o de la familia. Lo mismo podría ocurrir con fisioterapeutas u otros especialistas. Algunas actividades específicas, como el trabajo en grupo, educación en salud, paseos terapéuticos, gimnasia para la tercera edad, etc., serían también ofrecidos a la clientela de los equipos de referencia. Un médico o una enfermera, aun cuando estén integrando un equipo y por lo tanto sean responsables de un conjunto de pacientes adscriptos, podrían ofrecer actividades de carácter matricial. Cada equipo de referencia de la red básica, para asegurar una atención integral a la salud, tendría bajo su responsabilidad una población de entre 1.500 y 3.000 personas.

En un hospital de día, o en un centro de salud mental o de rehabilitación, o en un ambulatorio de especialidades, se organizarían también equipos de referencia multiprofesionales con dos, tres o más profesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, infectólogos, fisioterapeutas, etc.), organizados conforme al objetivo, características de los usuarios y responsabilidad de cada uno de estos servicios. Cada equipo de referencia tendría bajo su responsabilidad un conjunto de pacientes adscriptos según su capacidad de atención y la gravedad de los casos. Doscientos, trescientos, ochenta personas —cantidad a ser definida en cada contexto— acompañados por cada uno de los equipos de referencia, responsables de elaborar proyectos terapéuticos individuales en relación con cada caso y la disponibilidad de recursos, que varíe en el tiempo la composición de recursos ofertados a cada usuario. La concentración mayor o menor de actividades se hará según el riesgo y fase de evolución de los casos. También en estas unidades se utilizará el apoyo matricial. Así, en un centro de salud mental o de atención clínica se podrá ofrecer bajo la forma matricial a varios equipos que necesiten de ella.

En un centro de salud mental, una oficina cultural se podría ofrecer como actividad matricial a ser indicada por los equipos de referencia para aquellos usuarios que se beneficien y se interesen por el tipo de oferta en estudio.

Una observación importante y que altera las tradicionales nociones de *referencia y contrarreferencia* vigentes en nuestros sistemas de salud: cuando un paciente utiliza un servicio matricial, nunca deja de ser usuario del equipo de referencia. En este sentido, no hay una orientación dirigida: los diseños de proyectos terapéuticos no son ejecutados solo por los equipos de referencia, sino también por un conjunto más amplio de trabajadores. De cualquier forma, la responsabilidad principal de la conducción del caso continúa con el equipo de referencia.

De igual manera, en los hospitales, cada enfermo tendría su equipo de referencia (médico o profesional central para el caso, por ejemplo, un ortopedista y un fisioterapeuta para pacientes en rehabilitación o un infectólogo y un psicólogo cuando el componente psíquico fuese relevante, además de enfermeros y auxiliares de enfermería, etc.).

En todas estas modalidades de servicios, especialistas y profesionales organizarían una red de servicios matriciales de apoyo a los equipos de referencias. Habría una oferta tan amplia como fuera posible y necesaria, con el fin de enriquecer las posibilidades de composición de los proyectos terapéuticos. El apoyo matricial organizado de esta forma amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los proyectos terapéuticos, sin diluir la responsabilidad sobre los casos y sin crear recorridos interminables. Incluso permite a los profesionales combinar de forma más libre el trabajo con los usuarios adscriptos, con espacios en que podrían dedicarse a actividades que sea más de su gusto. Esto es particularmente conveniente cuando se piensa en el amplio menú de actividades matriciales que puede ser ofrecido. Así, una enfermera, además de su actividad nuclear típica, podría ofrecer, también, en algunas horas de su jornada, grupos terapéuticos, caminatas, etc.

El objetivo de esta directriz organizacional es instituir un modelo de atención más singularizado y personalizado, en donde cada técnico y cada equipo tendrían usuarios adscriptos más o menos fijos. Esto objetiva tanto reforzar el papel terapéutico inherente a la dialéctica del vínculo, de llegar a estar bien trabajada, como permitir también que los profesionales acompañen mejor, en el transcurso del tiempo, el PSEI de cada paciente.

El estímulo a la institución de gradientes de vínculos genera mecanismos de aproximación y de compromiso entre los pacientes y el equipo de referencia, y permite mayor visibilidad de la calidad del trabajo de cada equipo, al disminuir la distancia hoy abismal entre el poder de los técnicos y de los pacientes.

La composición de estas agrupaciones adscritas a un equipo podría coincidir a través de la combinación de tres lógicas distintas: los propios usuarios eligiendo profesionales de su confianza; los equipos al orientar e indicar los casos conforme criterios técnicos o administrativos, teniendo en cuenta tanto las especificidades de cada caso como las de los distintos profesionales de un determinado servicio; la distribución igualitaria del trabajo dentro de cada unidad. En el caso de choque de estas lógicas, la situación se resolverá siempre por negociación: nunca se deberá imponer una lógica por sobre la otra.

Si, por un lado, el sistema de referencia facilita el vínculo y la definición más clara de responsabilidades, por otro lado, facilita y produce algunos antagonismos con el trabajo interdisciplinario. El proyecto terapéutico es responsabilidad de todo el equipo de referencia y no solamente del médico, tanto cuando se hace el diagnóstico (evaluación de los riesgos) como el tratamiento (varios profesionales trabajan las múltiples dimensiones de cada caso). Esto estimula otra dinámica de relación dentro del equipo, ya que se fomenta el proceder comunicativo debido a que un profesional depende del otro para el éxito del trabajo. En el ínterin, al mismo tiempo que cada equipo de referencia desarrolla una práctica lo más integral posible considerando la biología, lo subjetivo y lo social imbricado en cada caso, ningún profesional sabría sobre todo y ningún equipo completaría toda la potencialidad de un trabajo interdisciplinario. Por esta razón, se utilizará el recurso de apoyo especializado matricial, que posibilitaría, teóricamente, el enriquecimiento de los proyectos terapéuticos.

El papel de los profesionales integrantes de un equipo de referencia no sería solamente el de fiscalizar el tratamiento y la rehabilitación de sus pacientes asignados. Sería una especie de *ombudsman* de los usuarios. Tampoco le cabría únicamente la responsabilidad de administrar la transferencia de sus pacientes entre los servicios de salud y la sociedad. Pensar el papel de referencia como una especie de gerente de los casos bajo su responsabilidad es poco. En esencia, la principal función de los profesionales de referencia sería elaborar y aplicar el proyecto terapéutico individual, y un proyecto terapéutico individual implica un determinado diagnóstico, depende de una aproximación entre paciente, familia y profesionales de referencia e implica la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas.

Es obvio que los técnicos de referencia no deberían realizar todo esto aislándose de los demás. Al contrario, el equipo actuaría como apoyo a otros profesionales y de otros equipos conforme el conocimiento que se fuera adquiriendo sobre cada caso. Mientras tanto, la iniciativa de la responsabilidad por el desenvolvimiento del proyecto terapéutico sería del equipo de referencia.

Para atenuar este *impasse* es que se sugiere la institución de una matriz organizacional con la siguiente orientación:

- En el sentido vertical, se preparan los equipos de referencia.
- En el horizontal (línea de apoyo matricial), los distintos profesionales con la lista de actividades y de procedimientos ofrecidos por cada uno. Esta disponibilidad debería ser de conocimiento general, y las indicaciones para la utilización de estas actividades dependerían de la coordinación trilateral: del terapeuta de referencia, del profesional que ofrezca la actividad matricial y del propio usuario.

De esta manera, un profesor de educación física, por ejemplo, se incluiría en el trabajo interdisciplinario en salud mental por el lado matricial y ofrecería una lista de actividades que podrían (o no) ser incluidas en el proyecto terapéutico de acuerdo con el triple entendimiento arriba referido. Otros trabajadores, además de funcionar como referencia, podrían también ofrecer programas en la oficina de rehabilitación ocupacional; estos últimos serían ofertados en forma matricial, es decir, que ellos recibirían pacientes encaminados por otras referencias, además de los de su propia lista de usuarios. Otro de los profesionales que trabaje con rehabilitación, pero que opera como referencia, podría orientar a aquellos de sus pacientes cuyos proyectos terapéuticos así lo exijan para su asistencia clínico individual. En este caso, la matriz o atención médico individual podría ser considerada como una actividad de línea horizontal. Simultáneamente, aquellos terapeutas de referencia que sean médicos podrían ellos mismos realizar estas asistencias individuales conforme a la necesidad de su clientela. Así sucesivamente, las posibilidades de combinación de esta matriz son inúmeras y permite que el equipo explore el máximo de sus posibilidades los campos y núcleos de competencia de todos (Campos *et al.*, 1997).

La distribución de obligaciones entre los profesionales-referencias (medida principalmente por el número y complejidad de los pacientes bajo la responsabilidad de cada equipo) y aquellos dedicados al apoyo matricial horizontal (número de procedimientos y horas distribuidas en actividades distintas) dependería de un eterno ajuste y de una negociación continua entre el equipo y sus coordinadores y supervisores. Repárese todavía que este sistema que combina el método de referencia (trabajo tendiente a la polivalencia y a la integridad) con una oferta horizontal de servicios (trabajo más específico y especializado) permite valorizar todas las profesiones de salud, ya que conserva la identidad de cada una de ellas y las impulsa para superar

una postura burocratizada, típica del modo tradicional de organización de los servicios de salud.

## **Subvirtiendo la tradición de las estructuras matriciales: los equipos de referencia como eje vertical de las organizaciones de salud**

Diferentes analistas consideran el hospital como prototipo de una organización compleja. Amitai Etzioni analizó las tensiones y conflictos resultantes de la distinta lógica con que se mueven los departamentos técnicos y aquellos relacionados con la administración de medios, destacando la gran autonomía de la cual disfrutarían médicos y otros profesionales en las organizaciones especializadas de salud (Etzioni, 1976). Además de esta polaridad, se remarcó también la dificultad de integración entre los distintos profesionales que componen los equipos de asistencia (Campos, 1992). Duncan Neuhauser y un grupo de autores ligados a la teoría de la contingencia y al estructuralismo sugerían que la articulación matricial de estas profesiones sería suficiente para asegurar integración y coherencia al trabajo en salud (Neuhauser, 1972; Motta, 1987). Para ellos no sería posible ni necesario que se realizara una alteración de la estructura organizacional permanente de las organizaciones de salud. Bastaría con que se adaptasen dispositivos matriciales transitorios: reuniones, programas y proyectos elaborados en conjunto, que permitiesen mayor comunicación entre los médicos, enfermeros, bioquímicos, trabajadores sociales, personal administrativo y de mantenimiento, sin que los departamentos estancos de los profesionales y especialistas se rompiesen, que se organizaran con distintas jefaturas y diferentes normas de trabajo.

En realidad, se observa que estos dispositivos (comisión interdepartamental para control de la infección hospitalaria, por ejemplo) atenúan, pero no resuelven los problemas derivados de la desarticulación entre las distintas categorías profesionales que trabajan en salud.

La propuesta aquí presentada invierte la lógica sugerida por las tradicionales estructuras de los servicios de salud conforme se radicaliza y altera la sutil reforma sugerida por la elección denominada *matricial*. Los equipos de referencia (con composición multiprofesional: médicos, enfermeros, etc.), que de ser un espacio episódico de integración horizontal y por lo tanto con poco o ningún poder sobre sus propios miembros, pasaría a ser una estructura permanente y nuclear de los servicios de salud. Saldrían del eje horizontal y compondrían el esqueleto de sustentación de las organizaciones de salud. Los antiguos departamentos organizados según las categorías profesionales o especialidades integrarían el eje de apoyo matricial.

Vale la pena comparar las dos alternativas presentadas en un diagrama: la tradicional y la versión modificada por un eje de integración matricial, diseñada por Neuhauser (1976) (Figuras 3 y 4).

El predominio del poder médico en instituciones de salud ha sido exhaustivamente estudiada (Clavreul, 1983; Foucault, 1985; Carapinheiro, 1993). Esta hegemonía es apenas uno de los tantos problemas con que se enfrentan los equipos de salud que pretenden trabajar en forma integrada e interdisciplinaria.

La transdisciplinariedad es un objetivo audaz y difícil de ser evaluado, pues implica una apertura y articulación de campos disciplinarios y campos de responsabilidades bastante distintos entre sí. Saber aprender y hacer aprendiendo son hermosas recomendaciones, pero implican lidiar, al mismo tiempo, con la polaridad entre teoría y práctica y con la tendencia de encierro

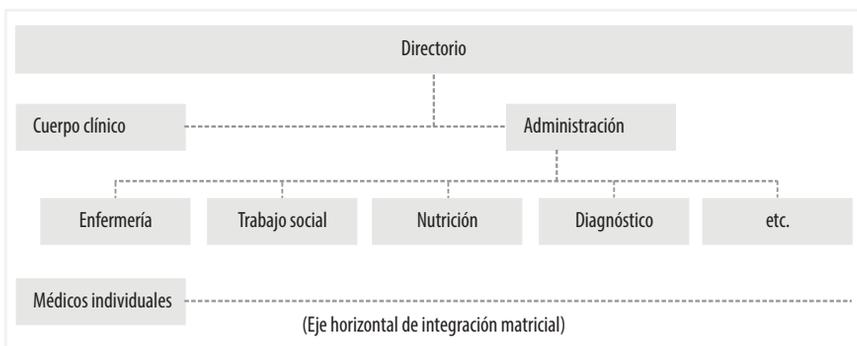


Figura 2. Organigrama tradicional de un servicio de salud con eje de integración matricial.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Neuhauser (1976).

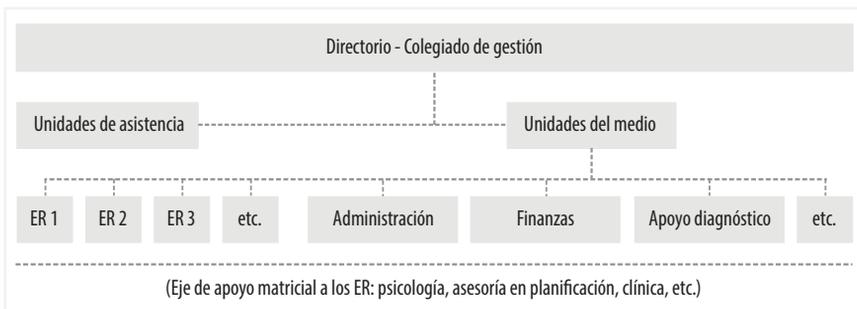


Figura 3. Organigrama reformulado, sugerido por el nuevo método de equipos de referencia.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Neuhauser (1976).

en sí mismo de los saberes. En este sentido, la estructura tradicional de los servicios de salud refuerza el aislamiento profesional y reproduce la fragmentación de los procesos de trabajo y, en consecuencia, mantiene sin cuestionar la hegemonía del poder médico.

El reconocimiento de la necesidad de una eventual comunicación entre las distintas profesiones que operan en los servicios de salud representa un avance, un inicio del enfrentamiento de los problemas. En la lógica matricial de integración episódica entre estas profesiones y especialidades, encuentros horizontales eventuales intentarían amainar estos conflictos y desaciertos, y atenuar las diferencias de poder entre médicos y otros profesionales, entre universitarios y auxiliares, y entre equipos y usuarios.

En general, cuando interviene un especialista o profesional en un caso lo hace de manera vertical, con acciones separadas unas de otras. Es una sumatoria de procedimientos realizados uno al lado de otros, con la suposición de que al cumplir cada uno su parte estaría garantizada la cualidad del todo. Casi no hay integración horizontal permanente entre los distintos saberes y prácticas y, cuando las hay, le correspondería al médico compatibilizar las diferentes lógicas involucradas en el proceso de trabajo.

La mayoría de los profesionales no trabajan encargándose en forma integral de los casos y, en consecuencia, la responsabilidad sobre el PSE es pobre y precaria. Especialistas médicos, enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, casi todos son responsabilizados en realizar algún tipo de procedimiento característico de su núcleo profesional, casi nunca están pensando y actuando sobre la vida de las personas. Por lo tanto, la toma de decisión sobre el diagnóstico o intervenciones terapéuticas suele ser solitaria; en raras ocasiones es realizada en grupo. La estructura organizacional de los servicios de salud no estimula el cambio de opinión entre pares y mucho menos entre las distintas profesiones. En resumen, la máquina organizacional en funcionamiento en los servicios de salud produce fragmentación y dificulta el trabajo multiprofesional, al impedir casi de manera absoluta la construcción de relaciones interdisciplinarias entre los profesionales.

La reorganización aquí sugerida pretende realizar un movimiento en sentido contrario al facilitar el cambio de opinión y obligar a los profesionales a que se articulen para la elaboración de los proyectos terapéuticos. Está bien claro que los cambios no ocurren de la noche a la mañana, se trataría de instituir procesos que facilitarían la formación de otra subjetividad profesional, centrada en la apertura para el diálogo y en la capacidad de asumir compromisos con la salud de los usuarios.

## Vínculo terapéutico, responsabilidad y alienación en el trabajo en salud

Este modelo organizacional trabaja con la hipótesis de que la reforma de las prácticas en salud dependería fundamentalmente de la reconstrucción de los patrones de vínculos corrientes en la mayoría de los servicios de salud (Campos, 1992). Hay toda una tradición teórica y metodológica en el tratamiento de este tema en el campo de la salud mental. Sin dudas, fue Freud quien destacó la importancia de la interrelación sujeto sujeto en los procesos terapéuticos, centrando inclusive el método psicoanalítico en la transferencia y contratransferencia establecidas a lo largo de un proceso de análisis. Él evidenció una dialéctica compleja, que se instaura siempre que un especialista se hace cargo de un paciente con intención de ayudarlo a hacerse cargo de sí mismo. Un apoyo sutil que, en esencia, no debería atarlo, sino darle libertad o apoyo (Freud, 1976).

Con posterioridad, Pichon-Rivière (1988) problematizó y valorizó el estudio sobre el vínculo en la clínica y en las relaciones grupales, y llamó la atención sobre el abordaje del Otro como sujeto objeto y no como cosa inerte. Tomar estos conceptos del psicoanálisis y reconstruirlos, adaptándolos a las instituciones y a las prácticas de salud encierran un potencial transformador inmenso.

Hay un gran número de corrientes médicas que avanzan bastante en esta articulación; en general, con un sentido analítico se aprovecha de los saberes y técnicas psicoanalíticas para potenciar la capacidad reparadora de la clínica y de los programas de salud pública. En el caso de este trabajo, se pretende un abordaje más modesto del tema. En esencia, se trataría de una constitución de equipos de referencia con clientelas adscritas, de restaurar un proceso de trabajo en el que la posibilidad de trabajar el vínculo fuese corriente y cotidiana y no solo el resultado del esfuerzo heroico de algunos. La tradición inglesa del movimiento de Tavistock (Balint, 1984) y toda la producción de medicina psicosomática fueron pioneros en valorizar las interrelaciones en las prácticas en salud (Perestrello, 1989).

En la salud pública, entre tanto, este esfuerzo es más raro. Tal vez el casamiento entre la salud colectiva y la perspectiva pedagógica constructivista que, como el psicoanálisis, piensan y apuestan en procesos de producción de sujetos o de nuevas subjetividades (Matui, 1995), pueda abrir un sendero para la superación del carácter prescriptivo y normativo de los programas de salud pública.

La gestión y la planificación en salud solo muy recientemente incorporó saberes y técnicas que valorizan la interrelación entre equipos y población, ya que la toman como un instrumento para coproducir nuevas subjetividades

que interfieran en las condiciones de vida, de salud y del padecimiento de las personas y la comunidad. Testa fue un pionero al pensar la construcción de saberes y de actores en las instituciones de salud (Testa, 1993, 1997). En Brasil, Javier Uribe articuló la planificación y la acción comunicativa de Habermas (Uribe, 1996). Yo mismo vengo estudiando (Campos, 1992, 1998) la reordenación progresiva de los trabajadores.

De cualquier forma, son temas complejos. Simplificarlos sería temerario. Sin embargo, se destaca que estas investigaciones lanzarán luces sobre los modos concretos de operar servicios de salud. Valdría la pena seguir en esta línea, estudiando las interrelaciones equipos-usuarios, los coeficientes de alienación o de compromiso de los trabajadores o también los grados de autonomía o de responsabilidad con que las personas tratan de la coproducción de sí mismos y de los otros como ciudadanos.

De todos modos, el método de los equipos de referencia, por contraposición, no trabaja con la perspectiva de que habría patrones de vínculos que debiesen ser considerados buenos o malos. Se piensa al vínculo terapéutico como un proceso condicionado tanto por la necesidad (diferente según cada caso) como por las posibilidades (limitaciones y capacidad de equipos, de los usuarios y del contexto). Sin duda, dentro de este coeficiente posible de interacción del equipo de salud-usuario habría límites intolerables: desatención, alienación y baja responsabilidad por un lado, y control y tuteladas autoritarias, por el otro lado. En este sentido, el coeficiente ideal de interrelación equipo-usuario sería siempre situacional, ya que podría ser encontrado y producido en cada contexto y, en raras ocasiones, en coincidencia con el término medio.

Freud desarrolló una especie de modelo de atención, su ya famoso *setting* terapéutico —atención individual, libre flujo de palabra, diván, etc.— pensando en un espacio que protegiese y estimulase interrelaciones de transferencia y contratransferencia entre el dúo encerrado en el consultorio, para que de ahí resultase material para el análisis sobre el cual se apoyaría el sujeto para construirse (Freud, 1976).

Los procesos de trabajo en salud —en el hospital, centro de salud, etc.— en cierto sentido deberían ser considerados como *settings*. En este caso, cabrían algunas preguntas: ¿qué vínculos estarían favoreciendo y produciendo los distintos ordenamientos?; ¿se está produciendo alienación e interacciones inadecuadas para tratar los problemas de salud o se estaría estimulando vínculos productivos, potentes y necesarios en los casos en foco?; otra de las preguntas que siempre debería ser traída en lo cotidiano es: ¿qué grado de control y de tutela estaría infringiendo el equipo al usuario o a la comunidad?

Al tomar en cuenta a la organización del trabajo en salud con base en equipos de referencia y apoyo matricial, se asumió el presupuesto de que pequeñas

alteraciones en la ordenación de los *settings* sanitarios podrían estimular o promover distintas cualidades de vínculo y de resultados en la atención en salud. Son alteraciones pequeñas en apariencia, pero fundamentadas y comprometidas con conceptos y valores radicalmente diferentes de los dominantes en el modelo médico tradicional. Pequeñas modificaciones en las técnicas con que se organiza el trabajo, pero orientadas por directrices centradas en la producción de sujetos libres y responsables. Se asume, por lo tanto, que aspectos aparentemente inocentes de la ordenación del trabajo y de la gestión en salud tienen repercusiones asistenciales y éticas de gran relevancia.

La medicina tiene una interdicción básica a la valorización del vínculo terapéutico, a saber, su esfuerzo sistemático en objetivar la dolencia del sujeto desligándolo de la persona enferma (Camargo Jr., 1993). Esta tendencia viene siendo criticada de manera exhaustiva y, en la actualidad, hay un movimiento paradójico en el que se defiende, al mismo tiempo, la recuperación de paradigmas positivos (medicina basada en evidencias) y la inclusión de saberes y prácticas dirigidas a lo subjetivo y a lo social. Los programas de salud de la familia, el movimiento de las ciudades saludables, la reforma psiquiátrica y la producción aislada —pero significativa— de algunos reformadores médicos, como Oliver Sacks, valorizan la capacidad normativa de los pacientes y comunidades, y relativizan, así, la pretendida objetividad de las ciencias de la salud (Ministerio de Salud, 1996; Sacks, 1996; Mendes, 1998).

Sin entrar en mayores honduras, se podría considerar, por lo tanto, que esta interdicción objetivada de la medicina, a pesar de su fuerza y de su carácter fundacional de la práctica médica, no es una tendencia absoluta que anularía otras posibilidades de desarrollo. Es posible, por consiguiente, que se produjeran movimientos y contextos que estimularan vínculos terapéuticos con la incorporación de las dimensiones subjetivas y social de los usuarios.

Mientras tanto, en nombre de esta interdicción —o justificándose por ella—, se desarrollaron una serie de obstáculos que degradan la práctica médica y sanitaria. Se podrían dividir estos obstáculos con la construcción de una clínica ampliada con gradientes de vínculos más extensos en dos grandes grupos de factores; uno de los factores que dificultan la construcción del vínculo equipo-usuario. A lo largo del tiempo, la relación profesional-paciente, que predomina en los servicios de salud, es puntual y fragmentada. Un gran número de profesionales atiende episodios aislados de la trayectoria vital de las personas, sin que se instituya, como regla, un seguimiento horizontal de los casos a lo largo del tiempo. Todo esto viene ocurriendo por varias razones. Entre ellas podemos mencionar: pocos servicios trabajan orientados a establecer pacientes adscritos a los mismos profesionales, la mayoría de los profesionales son contratados para realizar procedimientos específicos y no

para que se responsabilicen por un cierto número de pacientes, predomina en los ambulatorios y centros de salud un sistema denominado *atención de urgencia* con asistencia del tipo queja-conducta, sin un seguimiento horizontal. En Campinas (San Pablo), por ejemplo, se encontró en 1997 que el 58% de las asistencias médico-ambulatorias ocurría en servicios de urgencia de la red pública (Secretaría Municipal de Saúde de Campinas/SP, 1998). Se considera que se trata de una ciudad con tradición de un sistema público, donde existe una red básica de atención a la salud desde 1975. Más allá de esto, se generalizó en Brasil la costumbre de que los médicos y enfermeros trabajaran bajo el régimen de turnos (guardias), lo que redujo bastante la disponibilidad de profesionales que atendieran todos los días, personas que estuvieran presentes en los servicios (centros de salud, salas de asistencia, etc.) durante la mayor parte de los días de una semana. Una investigación nacional encontró que el 48% de los puestos de trabajo para médicos se estructuran con el método de guardias (Machado, 1996) cuando sería de esperar algo en torno al 20%, como máximo, en los casos de que esta modalidad se limitase a guardias en servicios de emergencia.

El segundo grupo de obstáculos se refiere a la reducción de proyectos terapéuticos, a la dimensión médica, en general, con un exagerado enfoque biológico e individual, que impone una reducción de lo terapéutico al uso de medicamentos y procedimientos quirúrgicos. La educación en salud, cuando ocurre, se realiza conforme a una perspectiva limitada, prescripción de comportamientos considerados higiénicos o saludables. Pediatras que no incluyen la relación madre-hijo entre sus responsabilidades. Clínicos que no consideran la dinámica de la enfermedad crónica, depresión, miedo a la muerte, etc. En fin, una tendencia de los profesionales y especialistas de reducir sus responsabilidades al núcleo limitado de sus saberes y competencias de su formación original. Son enfermeros que no hacen clínica, choferes que no perciben a los pacientes transportados, médicos que no cuidan, clínicos que no conocen prevención. Aproximar el equipo de referencia a los usuarios solo descubre toda la complejidad y las limitaciones de los saberes y de las prácticas profesionales dominantes.

Sin modificaciones organizativas —contrataciones para asistencia diaria para integrar los equipos, por ejemplo—, y sin procesos planificados de educación continua, la institucionalización de un nuevo ordenamiento institucional no superará todas estas limitaciones por sí sola. La organización de los servicios de salud con base en los equipos de referencia tiene el mérito de mostrar las contradicciones y conflictos que el modelo tradicional tiende a ocultar y a diluir. Habría que enfrentar estas dificultades teniendo en cuenta sus especificidades y, luego, con distintos recursos, la mayoría de ellos con la

mirada puesta para recomenzar la reconstrucción de la cultura institucional y de la subjetividad predominante entre los trabajadores de salud. En este sentido, los equipos de referencia son, apenas, un *setting* para operar con esta reconstrucción de los sujetos trabajadores de salud. En este espacio, pueden ser elaborados planes estratégicos, se pueden analizar y tratar las relaciones institucionales, se puede aprender clínica, se puede trabajar de forma más productiva y agradable.

## Capítulo 7

# Salud pública y salud colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas

### Señales de gloria y síntomas de crisis: algunas cuestiones sobre la salud colectiva

Se trata de repensar la salud colectiva utilizando la historia y la tradición de la salud pública, entendiéndola ya sea como campo científico o movimiento ideológico abierto, tal como lo sugieren Naomar Almeida Filho y Jairnilson Silva Paim (1999). Un movimiento que, en Brasil, sin duda, contribuyó de manera decisiva para la construcción del Sistema Único de Salud y para enriquecer la comprensión sobre los determinantes del PSE. Reconocer el modo en que se está realizando su institucionalización bloquea la reconstrucción crítica de sus propios saberes y prácticas, ya que provoca una crisis de identidad que se manifiesta en la fragmentación y dilución de su campo científico.

Esta crisis tiene como síntoma una serie de dilemas que están siendo analizados por los especialistas: ¿la salud colectiva habrá creado un nuevo paradigma al negar y superar el de la Medicina y el de la antigua salud pública?; ¿la salud colectiva corresponderá a todo el campo de la salud o solo a una parte?; ¿la expansión del Sistema Único de Salud provocará un crecimiento automático de las prácticas de salud colectiva?; ¿la salud pública abarcará a todo el sistema estatal de salud al mostrar lo contrario de las prácticas privadas?; ¿es la denominación de una profesión y de un campo de prácticas? La noción de *producción social de la salud*, que es central para la salud colectiva, ¿será lo opuesto o complementará la de la historia natural del PSE adoptada por la Clínica como modelo explicativo?

Más que tratar de buscar definiciones formales importa reconocer que una teoría y sus conceptos tienen implicaciones, aunque no sean absolutas, sobre las prácticas sociales (Donnangelo, 1983; Bourdieu, 1983; Testa, 1993).

Se busca, por lo tanto, un método de reflexión para analizar la salud colectiva, no solo basado *a priori* en teóricas, sino también en los compromisos concretos con la producción de salud, ya que esta es la función y la finalidad esencial sin la cual no se está autorizado a hablar del trabajo en salud. Por este motivo, la ambigüedad y la ubicuidad del concepto de *salud colectiva* también ha contribuido a la fragmentación y al debilitamiento de su campo de saberes y prácticas.

Hoy se admite la inevitable existencia de una cierta indefinición de los límites entre las disciplinas. Lo mismo ocurre con los campos de la práctica. En este sentido, casi todo el campo científico o de las prácticas debe ser interdisciplinario y multiprofesional. Guattari y Deleuze (1976) en la filosofía, en la política y en la clínica; Dan McNeill y Paul Freiberger (1993) en la matemática, así como varios autores posmodernos han criticado el sentido absoluto con que se toman algunas nociones, como las de *adentro* y *afuera*, *identidad* y *diferencia*, *colectivo* e *individual*, *macro* y *micro*, etc. Asimismo, al concordar con estos pensadores, parece que esta identificación de límites nos indicará una imposibilidad más de encierro sin decir nada, de extinción, con la consiguiente fusión de todas las disciplinas, profesiones y especialidades.

Para escapar de esta paradoja —aislamiento paranoico o fusión esquizofrénica—, un grupo de investigadores sugerimos alteraciones en los conceptos de *núcleo* y de *campo* (Campos *et al.*, 1997). La institucionalización de los saberes y su organización en prácticas se dará mediante la conformación de núcleos y campos. *Núcleo* como una aglutinación de conocimientos en un saber y como la conformación de un determinado patrón concreto de compromiso con la producción de valores de uso. El núcleo demarcará la identidad de un área de saber y de práctica profesional; el campo, un espacio de límites imprecisos donde cada disciplina o profesión buscará apoyo en las otras para cumplir sus tareas teóricas y prácticas (Campos, 2000).

Esos conceptos difieren de la elaboración de Pierre Bourdieu (1983, 1992) sobre *campo* y *cuerpo*, ya que se modificó el sentido polar y antagónico atribuido a estos dos términos. Para Bourdieu, un campo intelectual se conformará con un espacio abierto, aun cuando esté sometido a conflictos de origen externo e interno. Mientras tanto, se verificará el cierre subsiguiente en disciplinas, en los cuerpos, cuando ocurriera la monopolización del saber y de la gestión de las prácticas por el agrupamiento de los especialistas. La formación de disciplinas (corpus) en el campo religioso, político o científico

ocurrirá con el cierre o institucionalización de parte del campo y con la consiguiente creación de aparatos de control sobre las prácticas sociales.

Un núcleo, al contrario, indicará una aglutinación, una determinada concentración de saberes y de prácticas sin pasarse, no obstante, a una ruptura radical con la dinámica del campo. Igual que la noción de *corpus*, la de *núcleo* también reconoce la necesidad y, asimismo, la inevitabilidad de que se construyan identidades sociales para las profesiones y para los campos del saber pero, al contrario, se sugiere la posibilidad de que esta institucionalización se pudiera dar de modo más flexible y abierta (Onocko, 1999). En fin, no habrá modo de escaparse a la institucionalización del saber y a la administración organizada de las prácticas sociales. Por consiguiente, se las podrá organizar de forma democrática, al estructurarlas para que permanezcan abiertas a distintos campos de influencia. El concepto de *corpus* (disciplina) enfatiza la concentración de poder y la tendencia de cierre de las instituciones. El de núcleo valoriza la democratización de las instituciones, es decir, una dimensión socialmente construida, una posibilidad y no una alineación automática. De otro modo, a los sujetos no les restará otra opción que la de permanecer en la desestructuración y la informalidad de los campos en fase instituyente, o quedarán capturados en las disciplinas cerradas.

Tanto el núcleo como el campo serán, pues, mutantes y tendrán entre sí influencias recíprocas, por lo que no se podrán detectar límites precisos entre uno y otro. Con todo, en el núcleo habrá una aglutinación de saberes y prácticas, que conformarán una cierta identidad profesional y disciplinaria. Metafóricamente, los núcleos funcionarán en forma semejante a los círculos concéntricos que se forman cuando se arroja un objeto al agua quieta. El campo será el agua o su contexto.

En este sentido, ¿será pertinente preguntar cuál es la identidad de la salud colectiva?, es decir, ¿cuál es su núcleo de saberes y de prácticas?; y más aún ¿en qué campo de interinfluencias estará inmerso? En consecuencia, se incrementan otros dilemas a aquellos ya citados: ¿quién es el agente que hace salud colectiva?; ¿es este un agente especializado? Sin duda, potencialmente el médico, el equipo de salud, el gobierno, la comunidad y muchos otros producen salud. ¿Todos los que producen salud serán agentes de la salud colectiva o de la salud pública?; ¿existe un núcleo de saber especializado y un agente específico encargado de ese núcleo para producir acciones en la salud pública?; ¿existe la necesidad social de formarlo?; ¿existirá la posibilidad histórica concreta de que su trabajo sea requerido?

Sí, se nos autoriza a proseguir con el esfuerzo crítico de nuestros maestros que rompen con la tradición de la salud pública y fundan la salud colectiva. A pesar de que ya se escribió sobre este cambio (Donnangelo, 1983; Nunes,

1986; Minayo, 1991; Paim, 1992), ¿valdrá la pena asomarse de nuevo a este tema al preguntarnos lo que aquel cambio de nombres reveló de novedoso?; ¿qué rupturas se producirán efectivamente o qué es lo que continúa? Y tal vez debiéramos analizar algunas experiencias de la vieja salud pública, que el radicalismo inherente al momento de su fundación nos impidió realizar. De otro modo, después de tanto desarrollo teórico y de incorporación de una sofisticada trama de categorías sociológicas, ¿por qué la salud colectiva brasilera propuso formas de intervención que durante la década de 1990 contribuyeron no a la teoría crítica que construimos, sino a un pensamiento sistemático bastante pragmático e instrumental, muy a la moda y a gusto de los anglosajones?

## **La salud colectiva más allá del positivismo, del estructuralismo y de una posición de trascendencia sobre el campo de la salud**

Con certeza, no corresponde abandonar las sendas de los fundadores, sino seguir las huellas de sus aciertos, ya que a fin de cuentas fueron los pioneros en la crítica al positivismo, la constitución básica de las prácticas sanitarias tradicionales. Para Antonio Ivo de Carvalho (1996), la salud colectiva nació de la crítica al positivismo: "...la salud pública tradicional, constituida a la imagen y semejanza de la tecnociencia y del modelo biomédico". Pues bien, a pesar de ese origen, se nota el recrudecer de un cierto neopositivismo, abogándose como método de trabajo versiones más o menos sofisticadas de la teoría de sistemas (OPS & OMS, 1992; Barata & Barreto, 1996).

Intentar impulsar prácticas y proyectos sanitarios concretos por la insuficiencia del pensamiento social incorporado a la salud colectiva, querer que la salud colectiva adoptara normas y procedimientos comunes o bastante semejantes a la medicina en particular o a la tecnociencia en general por la presión ejercida por las agencias financiadoras y por la propia institución universitaria son razones por las que se observa un crecimiento de prestigio de la objetividad en la producción científica del área. Rever las relaciones entre sujeto y objeto (Carvalho, 1996) aún continúa siendo, por lo tanto, una tarea crítica contemporánea.

Everardo Duarte Nunes (1996) describe que el término *salud colectiva* llegó a ser utilizado en Brasil en 1979, cuando un grupo de profesionales oriundos de la salud pública y de la medicina preventiva y social intentaron fundar un campo científico con una orientación teórica, metodológica y política que privilegiaba lo social como categoría analítica. Saúl Franco y Nunes (1991), aun

reconociendo el papel decisivo del movimiento de salud colectiva en Brasil y en otros países de América del Sur en la incorporación de lo social a la temática de la salud, no dejaron de apuntar que “tampoco esta expresión haya podido resolver totalmente la insuficiencia de las denominaciones en cuestión”.

Para Carvalho (1996), la salud colectiva, al incorporar lo social al pensamiento sanitario, tuvo la tendencia de hacerlo según los cánones de objetividad preconizados por la escuela estructuralista y por la tradición marxista: la subjetividad que se organiza en sujetos colectivos (“en el Estado, en el partido, en las organizaciones clasistas y comunitarias...”).

En realidad, a pesar de que autores tan influyentes como Testa (1993) y Donnangelo (1979) hayan divulgado el análisis en que la salud pública aparece como una construcción histórica y el ejercicio profesional como práctica social, no se puede dejar de concordar con Carvalho cuando él señala que el saber dominante en salud colectiva tiende a subestimar la importancia de los sujetos en la construcción de lo cotidiano de la vida institucional.

Por último, cabe reconocer la tendencia de la salud colectiva a confundirse con todo el campo de la salud, lo que indica una visión del mundo fundada en categorías absolutas, trascendentales. Para algunos, la salud colectiva estaría construyendo una especie de metadiscurso supuestamente capaz de construir saberes y procesos concretos de producción de salud. Más aun, ella abastece de metaexplicaciones autosuficientes sobre toda la tríada salud-enfermedad-atención. En esta línea de análisis, se identifica también una tendencia a hipervalorizar la determinación social de los PSE, descalificando los factores de orden subjetivo y biológico. En este caso, la salud colectiva no es vista como un modo de intervención sobre lo real, sino como un nuevo paradigma o un modelo alternativo para los demás.

El modelo denominado *vigilancia de salud* (Mendes, 1993), por ejemplo, se proclama vinculado a un nuevo paradigma, el de la Promoción a la Salud, imaginando que la incorporación de lo social al análisis de los PSE creará prácticas distintas, pero antagónicas, aquellas basadas en la historia natural. Un nuevo modo de producir salud que niega el *modelo clínico* y no es un modo entre otros, no es necesariamente equivalente, por consiguiente, útil y uno se encuentra dentro de sus límites y especificidades para producir salud.

No ha sido otro el procedimiento dominante en la medicina que desautoriza, en principio, todo el saber y toda la práctica sobre salud producidos fuera de su propia racionalidad. Al criticarlo, con relevancia, parece que la salud colectiva tiende a adoptar la misma postura totalitaria y disciplinaria. Para diversos autores, la epidemiología y las ciencias sociales explicarán el PSE y fundarán un nuevo paradigma con un modo de intervención sobre la realidad que superará —¡siempre!, ¡en principio!— a todos los otros

existentes. La salud colectiva no será un saber entre otros sobre los modos en que se produce la salud y la enfermedad, sino *el saber*. Casi un nuevo paradigma. Algunos autores y, asimismo, documentos y organismos internacionales llegaron a anunciar el surgimiento de un *nuevo paradigma de Promoción de la Salud* que superaría la influencia del *modelo clínico* en la organización de los servicios y las prácticas (Mendes, 1993; WHO, 1991).

No se sugiere la posibilidad de la completa superación de estas tres tendencias, ya que se estaría cayendo en la misma trampa metodológica criticada. Tampoco se pretende demonizarlas. No hay nada peor que en salud se opere sin objetividad. Las estructuras existen e influyen en la producción de salud: normas, saberes, culturas, sistemas, instituciones; no hay manera de hacer salud sin movilizar estas instancias. Además de eso, no hay cómo desconocer la importancia (no la trascendencia, solo la importancia) que los saberes y las prácticas que provienen de la salud colectiva tuvieron y tienen para la reformulación de la clínica, de la rehabilitación y de los sistemas de salud en general. Donnangelo (1983) ya había señalado que la salud colectiva influye y apoya “prácticas de distintas categorías y actores sociales”, ya sea en temas ligados a la organización de la asistencia como en la comprensión de las marañas propias de la producción de salud.

Se trataría, al contrario, de recuperar la vieja dialéctica y de verificar en qué medida estas posiciones y sus polos operan en un régimen de contradicción o de complementariedad. Así, la promesa de objetivación aséptica del positivismo se contraponen a la subjetividad de los agentes sociales en todas las fases del PSEI, inclusive en el momento de la elaboración de conocimientos y tecnología. En principio, no obstante, deja de lado a estas dos líneas de análisis. Al peso de las estructuras contraponer la historia, es decir, la acción social de los individuos, grupos y movimientos. Además del reconocimiento de que la salud colectiva es un saber constitutivo y esencial a todas las prácticas en salud, se admite que también se producen conocimientos, políticas y valores relevantes para la salud a partir de otros campos, como el de la clínica o el de la rehabilitación. Además, la proyecta también como práctica específica, con un núcleo propio de saber y de tareas.

## Algunas palabras sobre la dialéctica

Repensar entonces la salud colectiva afiliándose con aquellas escuelas filosóficas que sostienen la existencia de la relación dialéctica entre el pensamiento y la acción, entre el hombre y el mundo y entre los mismos hombres, aun cuando este método sea tenido como no científico y obligue a sus seguidores

a sinsabores con la nomenclatura académica. Ser o no ser, al mismo tiempo. El creador y su criatura entremezclados todo el tiempo. Un ente produciendo al otro y siendo producido por el mismo otro ente y por otros muchos entes que, a su vez... La importancia del concepto de *producción*. Precizando mejor: asumir que toda la producción es una coproducción en que el productor es también modificado por el producto.

El ser humano como parte inseparable del mundo —el materialismo, una dimensión objetiva inapelable— incluso cuando se disfrute de una propiedad especial de la que se quiere separar —el entre paréntesis de la fenomenología, el poder de reflexión del sujeto— para extrañarlo, conocerlo y, a veces, hasta modificarlo, con lo que también se modificarán los seres humanos, porque jamás podrán separarse de la condición material de pertenecer a este mismo mundo.

Marx pretendió superar la dicotomía entre materialismo mecanicista (quizás lo que hoy se denomina *positivismo*) y el idealismo religioso o voluntarista (Marx & Engels, 1996). No obstante, pocos de sus seguidores sostuvieron esta tensión dialéctica entre objetividad y subjetividad, tal vez porque de hecho fue poco trabajada por el viejo revolucionario.

Quizá fue Gramsci uno de los discípulos que más lejos llevó los desdoblamientos que se originan de esta visión del mundo. Para este pensador, la *voluntad humana* y la *objetividad del mundo exterior* constituyen cualidades inseparables, una a constituir y a influenciar a la otra durante todo el tiempo. Por esto, Gramsci valoriza la idea de *devenir*: “el hombre deviene, se transforma continuamente con las transformaciones de las relaciones sociales” (Gramsci, 1978).

Otro estudioso del pensamiento dialéctico fue Henri Lefevre. En su trabajo, se vale incluso del concepto de *ser humano* (sujeto) así sintetizado por el autor: “La palabra Ser aparece [...] en dos sentidos a un mismo tiempo contradictorios e inseparables: el ser abstracto, vacío, indeterminado, y el ser rico en determinaciones, desarrollado, instruido” (Lefevre, 1995).

El término *ser humano* indicará, por lo tanto, esta ambigüedad irremediable: el ser, pensado como una identidad abstracta, sustantiva, relativa a la condición humana en general o a un individuo específico, pero también indicando *volver a ser*, el verbo *ser* en el sentido de devenir, es decir, el esfuerzo existencial y la praxis social para constituirse como sujeto. Tal vez, el gerundio del verbo, una persona o un grupo *siendo*. Ser, siendo. Ser en perenne transformación.

Algunos historiadores atribuyen la intención de traspasar la censura fascista al hábito de Gramsci de utilizar el término *filosofía de la praxis* para designar el marxismo. Aun movido por este cercenamiento, la elección de estas palabras —me parece— indicaría un compromiso epistemológico distinto de aquel de la tradición marxista criticado por Carvalho (1996), esto es la

adopción de un método de pensar que no anulaba sus relaciones e influencias mutuas entre lo abstracto y lo concreto, individual y colectivo, pensar y actuar, ni tampoco entre la economía política y psicología o la ciencia y el sentido común.

Lefevre (1995) sostenía que un buen método para pensar la vida debiera siempre obedecer a, por lo menos, cuatro exigencias. En primer lugar, el pensamiento debiera siempre lidiar con ambos de los términos que la metafísica o el objetivismo han intentado separar. Así, tendrían que descubrirse relaciones entre el *ser* y el *mundo*, lo social y lo subjetivo, entre ciencia y apariencia, todo o nada, y no optar de un modo trascendente por uno de los dos extremos de estas polaridades.

En segundo lugar, el pensamiento solo se afirmará considerado como *movimiento*, siendo, por lo tanto, siempre “incompleto”, pero no por esto vaciado de cualquier verdad; por ende, nunca lleva de la misma forma toda la verdad sobre las cosas.

En tercer lugar, él recordaba el carácter contradictorio inherente al pensar y al hacer, exactamente porque a partir de la desarticulación sucesiva entre los términos de esta polaridad será posible que se establezca alguna crítica al modo en que un proceso dado se desarrolla. Desde la práctica, se critica el saber; desde el conocimiento, se critica la praxis. Él argumentaba, además, que la “contradicción no significa absurdo”, ya que tampoco será posible eliminar los polos de estas contradicciones. Lefevre sugería que se usara lo contradictorio para enriquecer el saber, en la medida en que “signifique descubrir un complemento de la determinación”.

En cuarto y último lugar, él negaba trascendencia tanto a la conciencia del sujeto como al mundo objetivo, al recordar que el conocimiento y el mundo son “al mismo tiempo interior y exterior” a los sujetos (Lefevre, 1995).

Un gran número de pensadores está desarrollando esfuerzos para escapar a los desatinos ya sea del objetivismo o del subjetivismo. Hegel se refería a la “conciencia infeliz” de aquellos que colocan su vida en las manos de los otros. Seres presos de la determinación del medio natural o social y, por lo tanto, impotentes para reaccionar contra lo establecido y crear algo nuevo (Hegel, 1974).

Está fuera del objetivo de este trabajo reconstruir de manera sistemática la historia de la dialéctica, pero sin duda dentro de esta trayectoria vale la pena destacar a Sartre, Maurice Merleau-Ponty y al ya comentado Bourdieu. El primero sugirió conceptos para articular las estructuras de las determinaciones de los sujetos a su propia capacidad de intervención sobre estos determinantes. En particular, las categorías del *grupo serial*, el *proyecto* y el *grupo sujeto* (Sartre, 1963) serán fundamentales para repensar a la salud colectiva. Merleau-Ponty buscó articular la psicología y la sociología modificando y

reconstruyendo una serie de conceptos originarios de la antropología, el marxismo o la ciencia política para aplicarlos en problemas antes tomados exclusivamente por el psicoanálisis, el psicodrama, la psicología, y viceversa (Merleau-Ponty, 1990).

La salud colectiva, en analogía al trabajo de Merleau-Ponty y de los mal denominados *freudiano-marxistas*, puede escapar a los límites del positivismo y del estructuralismo articulando teorías y prácticas del campo de la política y de la gestión con saberes y experiencias del psicoanálisis, la pedagogía y el análisis institucional.

Marilena Chauí destaca la crítica elaborada por Merleau-Ponty al pensamiento occidental, que será un “pensamiento de sobrevuelo”, que impone una separación entre el mundo y la conciencia al reducir lo real a uno de los polos de la dicotomía sujeto y objeto. En este sentido, él discrepa tanto de la pretensión transcendental del cientificismo como de aquella de la filosofía de “dominar y controlar totalmente” la conciencia o la realidad exterior (Chauí, 1989).

Al pasar al campo de las prácticas sociales, parece que fuera en la psicología y en la pedagogía donde escuelas con perspectivas análogas aplican, de manera más amplia, psicologías análogas en su quehacer cotidiano. En Freud es posible identificar una negativa para optar por cualquiera de los polos responsables por la fragmentación contradictoria de los sujetos. Entre consciente e inconsciente, él nunca dejó de trabajar con una perspectiva dinámica en que lógicas distintas estarían todo el tiempo imponiendo conflictos más o menos desgarradores de las personas (Freud, 1976). ¿Y qué es psicoanálisis sino un método consciente (racional y deliberado) para pelear con la incoherencia y el inconsciente constitutivos de todo y cualquier sujeto? Entre el principio de realidad y el deseo, siempre habrá espacio para algún grado de influencia del sujeto, un ser aprisionado entre estas líneas de fuerza.

Sin duda, el psicoanálisis y su aplicación a grupos e instituciones tiene una importante contribución para una teoría que piense la salud colectiva como una construcción sociohistórica de sujetos. Diferentes autores enfatizan el tema de la intersubjetividad y el papel de la interrelación en la constitución de los sujetos. Para Donald Woods Winnicott, solo existiría un sujeto intersubjetivo, al mismo tiempo autoproducido y producto de las relaciones humanas (Ogden, 1996).

Otra corriente que trabajó la inseparabilidad del sujeto y el objeto, de lo colectivo y del individuo, es la que por convención se denominó *constructivismo social*. Se trata de un movimiento amplio, con límites imprecisos e importantes diferencias entre sus adherentes, pero que en líneas generales sugiere que el conocimiento es el resultado de la relación dialéctica entre lo que Lev Vygotsky denominó *actividades interpersonales* (relaciones

sociales de lo más variadas) y *actividades intrapersonales* (capacidad de acción reflexiva del propio sujeto). De Vygotsky en el comienzo del siglo XX a Paulo Freire con su *pedagogía de la liberación*, un gran número de autores elaboraron el denominado *constructivismo sociohistórico*, con concepciones perfectamente aplicables a la salud colectiva, conforme lo vienen demostrando científicos y profesionales ligados a la denominada *educación en salud* (Valla, 1999; Vasconcelos, 1999).

El constructivismo trabaja con la hipótesis de una eterna reconstrucción de las personas, que ocurre en virtud de la interacción de los sujetos con el mundo y de los sujetos entre sí. Sin embargo, esta capacidad se originaría fundamentalmente por la elaboración reflexiva de experiencias, por medio de la cual el ser humano escaparía del círculo vicioso de la determinación biológica pura o estructural (Matui, 1995; Van der Veer & Valsiner, 1996).

Entonces, corresponde (¿será posible?) que inventen mundos, organizaciones e instituciones (una salud pública, por ejemplo) que produzcan no objetos sujetos, sino *éseres* con potencial para pensar (reflexionar o analizar) y actuar con algún grado de autonomía en relación con sus determinantes, sean ellos externos o internos, coyunturales o estructurales? Esto aun cuando se sepa que para los humanos es imposible trascender a la condición de objeto y ser, por lo tanto, determinado.

Los saberes y prácticas apoyadas en el positivismo o en el estructuralismo refuerzan la polaridad objeto de las personas al intervenir en seres reducidos a esa condición. Aun cuando, en la práctica, un máximo de cosificación fuese imposible, distintas estrategias políticas, sanitarias y terapéuticas buscan la progresiva reducción de los coeficientes de libertad y de autonomía de los sujetos. Se tratará, por lo tanto, de una praxis social y no de una fatalidad en que la tendencia histórica de las instituciones oprima la dimensión singular de cada sujeto o los intereses y necesidades de los grupos dominados.

Las prácticas sociales, todas ellas —la clínica, la salud pública, la pedagogía, la gestión y la política— en potencia, podrían producir una infinidad de matices entre control social (seres dominados) o autonomía (ciudadanos con libertad relativa). En potencia, estas prácticas operan a favor de reducir a las personas a la condición de objetos sujetos a algún poder, en lugar de multiplicar las posibilidades de que los sujetos vivan más libres, condicionados al contexto y a los compromisos, pero aptos para luchar con autonomía relativa, conforme la objetividad de las cosas y de las relaciones sociales.

## El campo de la salud como una matriz

Para un pensamiento dialéctico, la salud colectiva será una parte del campo de la salud. Si nos valiéramos de imágenes, quizá se lo pudiera proyectar como una matriz. El campo de la salud como una matriz, en que la salud colectiva fuera una parte con distintos planos de inserción, de los cuales, al menos dos, son comentados en ese artículo: la salud colectiva, un movimiento intelectual y moral; y la salud colectiva, un núcleo, una concentración nuclear de saberes y prácticas. Un núcleo coproducido por una miríada de interrelaciones con el campo y, al mismo tiempo, un núcleo coproductor de ese mismo campo.

¿Cuál será el núcleo de la salud colectiva? El apoyo a los sistemas de salud, a la elaboración de políticas y a la construcción de modelos, a la producción de explicaciones para los PSEI y, tal vez, su rasgo más específico: las prácticas de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. ¿Cuál es la característica del núcleo de saberes y prácticas de la salud colectiva entonces? ¿Su fisonomía, una señal de identificación, no una diferencia absoluta! ¿Tal vez sea su concentración en problemas de salud con repercusión colectiva?; ¿quizá, un cierto modo de operar, un modo de intervención centrado en la promoción y en la prevención?

De cualquier modo, no es el todo, sino una parte. Una parte dinámica y con una inserción e interferencia en el campo de la salud, por lo menos en dos planos. En un plano horizontal, saberes y prácticas de la salud colectiva forman parte de los saberes y prácticas de otras categorías y actores sociales. Así, todas las profesiones de la salud, las nucleadas en la clínica o en la rehabilitación o en el cuidado, en alguna medida, deben incorporar en su formación y en su práctica elementos de salud colectiva. Un movimiento cultural conforme a lo sugerido por Donnangelo (1979) hace casi 20 años y conforme viene ocurriendo dentro del llamado *movimiento de reforma sanitaria*. Así, la salud mental, la neurología, la salud de la infancia, entre otras áreas, se están transformando, en consecuencia, con aportes originarios de la salud pública. En esta perspectiva, la misión de la salud colectiva será la de influenciar la transformación de saberes y prácticas de otros agentes, para contribuir a que cambie el modelo de atención y la lógica con que funcionan los servicios de salud.

La otra inserción en la matriz será vertical: la salud colectiva (o salud pública) con un área específica de intervención. Un área especializada y con valor de uso propio, diferente de la clínica o de otras áreas de intervención. Un espacio que, para que se institucionalice, necesitará de definiciones formales: curso básico de formación de puestos de trabajo en el sector público

y privado, asociaciones de representación corporativa, toda una parafernalia bastante más pesada que la requerida por un movimiento ideológico.

Su agente: ¿quién es y cómo opera? En la salud pública tradicional, el sanitarista fue un especialista aislado, que trabajaba en programas verticales con un fuerte grado de imposición autoritaria. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994), la principal característica del sanitarista es su capacidad de liderazgo, por lo cual los cursos de formación deben producir líderes para el sector salud. Se trata de un ejemplo concreto más de la postura arrogante y trascendente con la que se ha posicionado la salud pública frente a los otros sectores que componen el campo de la salud. Algunos adeptos del hacer comunicativo, al criticar esta perspectiva, llegan a caracterizar el trabajo del sanitarista como al de un abogado, una especie de habilidoso defensor de la salud pública; en la práctica, un asesor de lujo, inerte e impotente frente a la dureza de lo establecido. Para muchos habría ocurrido hasta una extinción de la profesión y de la especialidad, ya que el Estado, la sociedad y los equipos de salud cumplirían todas las tareas de la salud colectiva.

Tal vez valiera la pena pensar al sanitarista como un agente de salud pública, profesional con liderazgo ocasional, conforme los problemas y programas en cuestión, que trabaje en un equipo interprofesional, pero con un papel específico, que actúe en proyectos verticales volcados hacia la promoción y coordinados por sanitaristas y en otros de inserción matricial, intrasistemas de salud o intersectoriales, en el que sería un agente.

En Brasil, se observa un debilitamiento importante en la discusión de la salud pública pensada como especialidad. El aparato formador en salud colectiva ha privilegiado la maestría y el doctorado o los cursos de extensión volcados al equipo de salud en general (Nunes, 1996), en detrimento de la formación de especialistas residentes u otros cursos. Asimismo, existe una indefinición en sus criterios y, por lo tanto, descontrol sobre la calidad de los profesionales autorizados a hacer salud colectiva. Para la primera acepción, es decir, salud colectiva con inserción horizontal, esto será un hecho sin importancia, ya que esta sería una tarea de todos los profesionales de salud, al mismo tiempo que de toda la población.

En realidad, sería conveniente que se combinaran ambas perspectivas, tanto la socialización de saberes y prácticas como el asegurar especialistas capaces de producir saberes más sofisticados sobre la salud pública y de intervenir en situaciones más complejas.

## Consideraciones en relación con una teoría sobre la producción de salud

Una teoría sobre la producción de salud debiera apoyar todas las prácticas sanitarias; una teoría, por ende, construida para todo el campo de la salud, es decir, no solo utilizada, sino también construida con la contribución al diálogo con todo el campo de la salud. Una teoría que también trasborde la frontera de los sistemas de salud e incorpore en su racionalidad todos los mecanismos sociales por los cuales se generan salud y enfermedad.

En este sentido, la construcción de una teoría sobre la producción de salud o sobre el PSEA no será un monopolio ni una herramienta exclusiva de la salud colectiva: será de todo el campo de la salud. La superación del paradigma biomédico solo se puede pensar a partir de la contribución de la propia clínica. Una teoría tan abarcadora no puede ser construida solo con aportes epidemiológicos y de las ciencias sociales. Tampoco solo con lo biológico y lo subjetivo se puede pensar modelos y políticas de atención integral de la salud. La clínica tiene mucho para ser criticada, pero también tiene mucho para decir. Lo mismo se puede comentar sobre la salud colectiva; no hay modo de repensar sus prácticas si se desconoce el acervo de la biología, de la psicología y de la clínica en general. ¿Cómo pensar en el sida al ignorar la cultura, o el funcionamiento concreto de los servicios de salud, o el comportamiento del virus, o la potencia de los inmunobiológicos, o de los tratamientos con fármacos?

Por lo tanto, una teoría del PSEA debiera constituir el acervo básico y fundamental de todos los campos científicos y de todas las prácticas que conforman el campo más amplio de la salud.

Esta facultad de comprender atenúa la pretensión de trascendencia y de autosuficiencia de la salud colectiva. Una teoría sobre la producción de salud funcionará como patrimonio orientador de todas las prácticas sanitarias y no serían construidas solo con base en una perspectiva centrada en lo social o en la epidemiología, sino también en el uso diversificado de distintos saberes. En consecuencia, se niega la existencia automática de una dominancia de la determinación social en el PSE. Es cierto, existe una jerarquía para que se produzca un fenómeno sanitario dado. Sin embargo, esta jerarquía tiene que ser, necesariamente, situacional y variable y de ninguna manera predeterminada. Tampoco el análisis e investigación de los PSEA son un monopolio de la salud colectiva, así como no lo son los métodos de investigación fundados en la epidemiología, la antropología, la sociología o la biología.

Existen diversos modos para que se produzca salud. Cada modo de producción de salud está compuesto por una combinación dada cualitativa y cuantitativa de prácticas. La combinación de estos modos creará modelos distintos, aun cuando algunos autores utilicen estas expresiones en sentido equivalente. La salud colectiva o la salud pública considerada como núcleo, la vigilancia a la salud, su principal modelo de intervención, o la clínica serán uno de tantos de los otros modos de producir salud. Las políticas de salud y los modelos de atención resultarán de las diferentes combinaciones de estos modos y de estas prácticas.

Identifico cuatro modos básicos para producir salud:

- a) La producción social de salud: en donde las transformaciones económicas, sociales y políticas producen patrones saludables de existencia, al dificultar el surgimiento de las enfermedades. El denominado *modelo de las ciudades saludables* ha designado a este modelo de producción con el nombre de *promoción a la salud* (WHO, 1991), lo que parece inconveniente porque genera confusión con la modalidad de intervención (práctica sanitaria) que lleva el mismo nombre.
- b) La salud colectiva: en donde por medio de la vigilancia a la salud y de la acción específica de los profesionales de salud, más o menos articulada con otros sectores y otros agentes, y el desarrollo de acciones predominantemente orientadas hacia la promoción y la prevención, se dificulta o se impiden enfermedades y muertes.
- c) La clínica y la rehabilitación: en donde las prácticas de asistencia y de cuidado producen salud, aun cuando se trate de sujetos aislados.
- d) Atención de urgencia y de emergencia: en donde a partir de modelos de intervención que alteran bastante una serie de características de la clínica tradicional, se consigue evitar muerte y sufrimiento. En Brasil, este modelo de práctica clínica, en lo cotidiano, descolocó a lo referido en el ítem c), degradando la clínica que se practica en la red básica, en los ambulatorios y en las salas de internación.

No obstante, nótese que no hay límites precisos o rígidos entre estos diferentes modos de producción. Todos ellos usan prácticas de promoción y de prevención, acciones clínicas, de rehabilitación y de cuidados. Lo que varía es el énfasis con que se las utilizan. Así, la clínica se vale predominantemente de prácticas de atención a los individuos, aun cuando la clínica, para ganar en eficacia, necesite incorporar lo social y lo subjetivo y operar con algunas prácticas de prevención y de promoción para la salud. Del mismo modo, es

imposible practicar salud pública sin el auxilio de la clínica, ya sea a través de la atención individual en programas colectivos o de la incorporación de conocimientos generados a partir de una referencia clínica. Sin embargo, en la vigilancia de la salud (salud pública) predominan prácticas de promoción y de prevención. Una parte importante de las acciones de promoción escapan al propio campo de la salud y al núcleo de la salud pública. Los límites difusos lo son también entre las prácticas incorporadas por estos diferentes modos de producción de salud.

La salud será, por lo tanto, el resultado de un proceso de producción. Un efecto algunas veces deseado y buscado, pero la salud no será el objeto de intervención de las prácticas sanitarias. La salud es entendida como un proyecto, con el sentido que Sartre (1963) le dio al término: volver a ser, un devenir, un bien a ser conquistado, como bien lo precisó Cecilia Minayo (1991). El objeto sobre el cual se interviene en las prácticas sociales indica cuáles son, de hecho, priorizadas y cuánto de aquello es lo que se pretende controlar. La clínica y la salud colectiva producen, siempre, salud y control. El objeto sobre el cual se interviene indica el compromiso por las prácticas sanitarias. En el caso de los sistemas de salud, este objeto es representado por la dolencia o por situaciones que la potencian; lo que se desea es que le tengan respeto al individuo o al medio. El objetivo, el fin o la finalidad de estos servicios sería la producción de salud.

Esto se contrapone a algunos autores que sugieren reformular el paradigma biomédico mediante una desarticulación del objeto de intervención de los sistemas de salud. Se dejará de trabajar con la enfermedad para hacerlo con la salud. Tal propósito aparece como un contrasentido para el método empleado en este artículo, ya que la salud es vista como un producto, un fin, un resultado ansiado, un objetivo. El objeto sobre el cual interviene toda o cualquier práctica de salud es la enfermedad o la potencialidad de padecerla o de morir, *potencia* como un concepto más vago e impreciso que el de *riesgo*. Almeida Filho y Paim (1999) sugieren “una salud colectiva previsional o, si se nos permite previsionaria, es decir, una salud colectiva capaz de proponer visiones, formas, figuras y escenarios”.

Lo que se está destacando, no obstante, es que el objetivo para que se produzca salud será común a todas las prácticas de salud y no solo a aquellas vinculadas a la salud pública. Toda práctica sanitaria, en alguna medida, estará obligada a producir algún valor de uso; en ciertos casos, algún coeficiente de bienestar, aun cuando simultáneamente se produzcan, también, iatrogenia y control social. Ningún bien o servicio se puede desvincular completamente de la obligación de atender las necesidades sociales. Lo que varía es el grado y la calidad con que son atendidas esas necesidades. La salud pública y la clínica se diferencian por el recorte del objeto de intervención. La salud colectiva,

pensada como núcleo de saberes y prácticas, recorta un fragmento del objeto, el PSE, de manera diferente al de la clínica o al de los otros programas sociales, y mantiene, con todo, el mismo objetivo: producir salud. ¿Cuál será, entonces, el objeto de la salud colectiva? Para responder a este interrogante se tendrá que investigar la historia concreta, al final el recorte del objeto de la salud colectiva está muy influenciado por la dinámica política (Donnangelo, 1983) y varía conforme sea la correlación de fuerzas, la acción del Estado y de los distintos actores sociales. De cualquier forma, diversos autores vienen dando indicaciones de este objeto al centrar el PSEA en su dimensión más colectiva.

## **Para reconstruir el núcleo de saberes y prácticas de la salud colectiva: algunas sugerencias para el debate**

La salud colectiva y la defensa de la vida (Campos, 1991): asumir en forma explícita que la salud pública es una construcción social y que, por lo tanto, depende de valores, es decir, la resultante de la asunción y de la lucha de algunos valores contra otros. En este sentido, se sugiere que los sanitaristas y demás profesionales de salud asuman, en forma explícita, una visión del mundo basada en la defensa radical de la vida de las personas con quienes trabajen.

Esto implica que se construyan condiciones sociales que posibiliten a los especialistas en salud colectiva trabajar con autonomía relativa tanto en relación con el Estado como con los partidos políticos, ideologías y otras racionalidades técnicas. Así le será dado al sanitarista tomar posición sobre la existencia (o no) de saberes y de modos concretos para enfrentarse con tal o cual problema de salud y argüir contra los economistas y políticos en defensa de la vida de los grupos expuestos al riesgo. Hay que dejar a los economistas la argumentación sobre la inviabilidad económica, y a los políticos las disculpas fundadas en el pragmatismo de los que luchan por el poder. Esto es una ética asentada en un compromiso explícito con la vida.

No es que esta perspectiva vaya a tener siempre la última palabra, pero reconoce que la sociedad ganará con los promotores públicos, en principio, comprometidos con la defensa de la vida, es decir, con intelectuales orgánicos (Gramsci, 1978) coherentes en sus discursos y en sus prácticas con una teoría de la producción de salud, antes que nada. Es obvio que el resultante de estos procesos nunca será lo proyectado por el discurso sanitario puro, sino una mezcla de las distintas racionalidades en pugna.

Esto nos lleva a que sea reforzada una segunda línea: reconocer que la salud es un valor de uso. Valor de uso en el sentido que Marx (1985)

originalmente le atribuyó al concepto en el primer volumen de *El Capital*. *Valor de uso* entendido como la utilidad que los bienes y servicios tienen para las personas concretas que viven en situaciones específicas (el otro lado de la mercancía). Nadie consigue hacer circular una mercancía sin valor de uso. La *salud* entendida como un bien público, o sea, aun cuando le es retirado el carácter de mercancía, como ocurre en el Sistema Único de Salud —ya que es producido como un derecho universal y no en función de su valor de cambio—, conserva el carácter de valor de uso, es decir, es un producto socialmente construido.

La utilidad de un bien o servicio no es una condición intrínseca de este, sino que es socialmente construida. Resulta, por lo tanto, de la acción de distintos actores sociales que actúan en sentido no siempre convergente, al marcar cada producto con un cierto valor de uso. Así, el valor de la vida varía según la época, la clase y el contexto social. El valor de uso se expresa bajo la forma de necesidades sociales. Las necesidades sociales son significadas en bienes y servicios a las que tal o cual segmento social le atribuye alguna utilidad.

Foucault (1995) afirmaba que una de las manifestaciones del poder era su capacidad de producir verdades. En forma análoga, se podrá afirmar que la capacidad de producir necesidades sociales es una manifestación concreta del poder de los distintos grupos y segmentos sociales (Campos, 2000). En este sentido, tanto los equipos de salud como la sociedad deberán cuidar explícitamente de la producción de valores de uso y de su expresión pública bajo la forma de necesidades sociales. Se engañan aquellos que atribuyen al poder dominante la capacidad exclusiva de producir siempre necesidades sociales. Por más poderoso que sea el Estado o el mercado, jamás estas instancias podrán desconocer la dinámica social que resulta de la construcción de necesidades. Aun cuando desde el Estado o el mercado se reconozcan los deseos e intereses de los usuarios o el discurso de la salud colectiva solo para adaptarlo a sus lógicas, siempre, en alguna medida, los de abajo meten su cuchara de palo en la olla de las necesidades sociales.

Lo que se argumenta es que le concierne a los trabajadores y a los usuarios, a partir de sus propios deseos e intereses y del apoyo en una teoría sobre la producción de salud, tratar de construir proyectos y de llevarlos a la práctica objetivando la concretización de determinados valores de uso, un bien expresado bajo la forma de necesidades, así como los medios necesarios para atenderlas. Una lucha sin resultados previos asegurados. Es contrario a la dialéctica el análisis que atribuye exclusividad de efectos a la racionalidad o al poder hegemónico. El poder hegemónico es lo dominante y no es lo único. Los dominados también interfieren en la dinámica social, en particular, cuando se trata de la alteración de valores. Los valores son los fundamentos

de las estructuras y las estructuras son las productoras y las que garantizan a los valores. La alteración de los valores pone en evidencia la inadecuación social de estructuras obsoletas y aumenta las posibilidades de cambios.

Concluyendo, bien puede valer un esfuerzo concentrado de la salud colectiva objetivar la definición de valores de uso y de necesidades sociales al tornarse más democrática y participativa.

La salud colectiva y el fortalecimiento de los sujetos: coparticipar de la producción de necesidades sociales exige iniciativa política y capacidad de reflexión crítica. ¿Cómo podrá contribuir la salud colectiva para disminuir el coeficiente de alienación de las personas?; ¿podrá haber teorías sobre la desalienación?

Sartre (1963) hablaba de la serialidad al referirse a los grupos que repetían comportamientos condicionados por estructuras o valores hegemónicos. Mientras tanto apuntaba a la posibilidad de la construcción de *grupos sujetos*, agrupaciones aptas para lidiar con estas determinaciones y condicionamientos de forma más libre. De manera que, considerando las limitaciones del contexto, se crean situaciones más justas, más democráticas. ¿Qué tiene que ver la salud colectiva con todo esto?

Basaglia aprovechó esta línea de reflexión para repensar políticas y prácticas en salud mental, ¿se podrán adaptar algo de sus conclusiones para la salud pública? Pablo Amarante (1996) sintetizó bien la perspectiva metodológica con que Basaglia trabajó: “Si la enfermedad es colocada entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo del trabajo, y no la enfermedad. De esta forma, el énfasis no está más puesto en el ‘proceso de cura’, sino en el proceso de ‘invención de la salud’ y de reproducción social del paciente”.

Nótese la perspectiva fenomenológica: sale el objeto ontologizado de la medicina —la enfermedad— y entra en su lugar un sujeto. En el caso de la clínica, el enfermo; en el caso de la salud colectiva, un colectividad específica. Vale la pena enfatizar que, para Basaglia, no se trata de un enfermo general, sino de un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Este se aplicará a una salud colectiva que se pretende constructiva: trabajar con grupos concretos, social y culturalmente constituidos. Todo el énfasis estará puesto sobre la existencia concreta de los sujetos: en el caso de la clínica, se tratará sobre las posibilidades de “inventar salud” para estos enfermos y, en el caso de la salud pública, para los grupos expuestos a enfermarse.

“Inventar salud” para Basaglia (1985) implicará algo más que la invención de una técnica, ya que él relacionaba esta noción a la de “reproducción social del paciente”. *Reproducción social* entendida como ejercicio de ciudadanía y de participación social. En salud pública, se podría trabajar con la idea de cambio, tanto de las estructuras —su democratización— y de las normas de derecho

como de la capacidad reflexiva y de iniciativa de los sujetos individuales y colectivos. La salud colectiva pasará por una descolocación del énfasis; antes fue la enfermedad, después las estructuras, ahora se tratará, también, de que se valore el fortalecimiento de los sujetos individuales y colectivos. Sin embargo, este *dejar fuera al énfasis* no puede significar el abandono de las otras dimensiones. Así, ¿cómo producir sujetos saludables sin considerar las enfermedades o la posibilidad de enfermarse, o sin evaluar críticamente aspectos estructurales (ambiente, leyes, normas, etc.)? En realidad, será conveniente que se busque una nueva dialéctica entre enfermedad, salud, estructuras y sujetos.

Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad y descarta la responsabilidad con la historia de los sujetos concretos, ni el estructuralismo de la salud pública tradicional que delegaba al Estado y al aparato técnico casi toda la responsabilidad por la producción de salud.

En conclusión, hay que invertir también en el fortalecimiento de los sujetos. No solo en su dimensión corporal, conforme la tradición de la salud pública (vacunas, por ejemplo), sino también al pensarlos como ciudadanos de derecho y como sujetos críticos (capaces de reflexión y elección más autónoma de los modos de andar en la vida).

En este sentido, el énfasis actual de la salud pública en combatir determinados estilos de vida (WHO, 1991), aun cuando en apariencia se está reconociendo la existencia de personas concretas, no deja de ser un modo moralista y normativo de abordaje, ya que los grupos a quienes se destinan estas intervenciones no son incorporados en la construcción activa de modos de andar en la vida, en la construcción de valores de uso. Escoger entre la longevidad y el placer es un derecho inalienable de los sujetos. La participación de los sujetos en la administración de las relaciones entre deseos, intereses y necesidades sociales es la condición *sine qua non* de la democracia de la construcción de sujetos saludables (Campos, 2000).



## Capítulo 8

# Coproducción de sujetos y de grupos colectivos: la función *paideia*<sup>1</sup>

### Planos en la constitución y en la existencia del sujeto

#### *Acercándose al concepto de sujeto*

Los dos principales caminos para la reformulación y superación de la racionalidad gerencial hegemónica para un método de co-gestión son: el fortalecimiento del sujeto y la democratización de las instituciones.

En este sentido, es esencial al método estudiar los mecanismos de la constitución del sujeto y de los grupos colectivos. Conocer la manera en que está constituido un ser abre el camino para que, en alguna medida, se pueda intervenir en forma deliberada sobre la producción de este ser. Se parte, por lo tanto, del presupuesto de que el sujeto y los grupos colectivos organizados para la producción son seres en constante devenir, seres constituidos desde elementos internos (inmanencia relativa) y externos (la trascendencia, igualmente relativa, del mundo sobre el sujeto y sobre lo colectivo).

El sujeto es un ser biológico con una compleja subjetividad e inmerso en un conjunto de relaciones sociales que alteran sus deseos, intereses y necesidades. Un ser con un grado relativo y variable de autonomía para realizar deseos, intereses y necesidades, mediante procesos de negociación y lucha con el pasado y el presente. Un ser inmerso en la historia y la sociedad, pero no por esto desposeído de una subjetividad singular, y con capacidad para reaccionar sobre su contexto.

---

<sup>1</sup> Este capítulo es parte del libro *Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial, 2009.

El colectivo organizado para la producción, un ser constituido con una finalidad que trasciende a cada uno de los sujetos que lo integran. Una red de relaciones entretejida entre, por un lado, los sujetos que la componen y, por otro lado, de estos con el contexto.

### *Planos de coproducción del sujeto y del colectivo*

El método de la rueda<sup>2</sup> piensa la constitución de los sujetos y de los colectivos en función de planos (niveles) situados entre lo que conforma su mundo interno y el de su circunstancia (el mundo externo), es decir, reconoce que no hay un límite preciso entre lo interno y lo externo (Deleuze y Guattari, 1995). Al contrario, se trabaja con la noción de una permanente interproducción entre lo interno y lo externo. Una cartografía de potencialidades inmanentes y trascendentes. Espacios existenciales contiguos, que interactúan los unos con los otros y crean zonas autónomas, combinadas y de influencia mutua, en la que los sujetos estarán constreñidos a quitarse las vendas y a luchar para seguir viviendo.

Se toma en cuenta una secuencia de los planos<sup>3</sup> y de las regiones existenciales que conforman espacios de existencia y de expresión para el sujeto y, en cierta medida, también para los colectivos<sup>4</sup> (grupos, equipos, familias, etc.). Esto significa que son espacios que configuran modos de ser y de praxis, bienes como modos propios de la constitución de sujetos, modos de ser y de hacer, bienes como modos de constituirse, todo entremezclado:

- Una región de fuerzas predominantemente inmanente al sujeto, que nuclea tres planos internos al sujeto: el de la estructura biológica, el del deseo y el del interés.

---

<sup>2</sup> El método de la rueda es una metodología científica utilizada en el análisis y cogestión de colectivos organizados para la producción de bienes de uso, que se viene llevando a cabo en trabajos de apoyo institucional durante los últimos diez años.

<sup>3</sup> El concepto *plano* es utilizado en una analogía con Deleuze y Guattari en *¿Qué es la filosofía?*: “La filosofía es un constructivismo y el constructivismo tiene dos aspectos complementarios que difieren en su naturaleza: crear conceptos y trazar un plano [...]. El plano mueve movimientos infinitos que transcurren y retornan [...] la fluidez del medio [...] los planos no tienen otras regiones a no ser las tribus que los pueblan y en él se desarticulan” (1992, p. 51-53).

<sup>4</sup> Respecto de las diferencias de constitución entre el sujeto y el colectivo, se considera que los colectivos no tienen una estructura biológica común y que componen su plano interno (deseos, intereses) mediante procesos de lucha y negociación entre sus miembros, teniendo como telón de fondo las determinaciones externas.

- Una otra región de contacto entre lo interno y lo externo, en la cual se conforman y son expresadas la síntesis entre el sujeto y su contexto, en donde estarían los planos en que ocurre la formación de compromiso<sup>5</sup> y la constitución y gestión de contratos y de proyectos.
- Una región de fuerzas con relativa trascendencia en relación con los sujetos, es decir, la incidencia de lo externo sobre lo interno, en donde los dos grandes planos, el de las necesidades sociales y el de las instituciones, conforman modos de ser para el sujeto.

Un sujeto vive inmerso y sufre la acción de todos estos planos, lo que implica que él está en función de las influencias de estos planos sobre sí mismo. Sin embargo, al mismo tiempo, él se singulariza al interferir sobre estos planos. La praxis, en general, es aquella acción específicamente orientada para un determinado fin (la práctica planificada, administrada o proyectada) y constituye el medio operacional de pelear y transitar del sujeto por estos planos. De hecho, no todo el hacer práctico es una *tarea*<sup>6</sup>: es frecuente el hacer serial, subordinado a determinantes externos o estimulado por factores inconscientes, o de *acting out* (actuación) del psicoanálisis. Por lo tanto, no todo el actuar es racional o coherente con el interés del propio sujeto o con la lógica institucional (hegemónica).

Se entiende que la subjetividad, la cultura, la ideología y la praxis concreta de los sujetos y de los colectivos resultan de la influencia y de la combinación variada de estos planos múltiples. Es importante hacer notar que el sujeto existe y transita entre estos planos, consciente de algunos aspectos e inconsciente de otros. El sujeto es presionado por fuerzas internas y por influencias externas introyectadas, aun cuando se apoye en sí mismo para proyectar su voluntad sobre el mundo.

Al tomar un sujeto o un colectivo como referencia, se podrá agrupar estos planos en tres regiones existenciales. Se parte de una dimensión interna, es decir, aquella de los determinantes biológicos, del deseo y del interés como una secuencia en que la interferencia de lo social será creciente. Así es que la

---

<sup>5</sup> *Formación de compromiso* es un concepto que proviene del psicoanálisis (Laplanche & Pontalis, 1998), que aquí es reconstruido con un sentido ampliado: se objetiva el hecho de describir las diversas combinaciones que el sujeto o el colectivo realizan entre fuerzas originarias de su economía interna y del ambiente externo.

<sup>6</sup> *Tarea* es un concepto propuesto por Pichón-Rivière, que indica acciones por medio de las cuales el grupo consigue descubrir y superar “cierto tipo de interacciones que entorpecen el pleno desarrollo de la existencia”, que adquieren movilidad y “los papeles se tornan intercambiables y el grupo se torna operativo, se realimenta y encara la toma de decisiones” (Pichon-Rivière, 1988, p. 87-103).

determinación biológica, el deseo y el interés formarán parte de una región en que la inmanencia reinará casi soberana, en el sentido de que estos tres planos señalan potencias internas del sujeto y actúan con relativa independencia de las circunstancias.

Las necesidades sociales e instituciones componen una región en que las fuerzas actúan principalmente sobre el sujeto desde afuera, las que aparecen como coacciones extrañas y externas a él, sobre las cuales los sujetos tendrían escasa influencia o solamente a mediano o largo plazo. Son planos producidos más por lo social que por el sujeto, en forma directa o por el grupo.

Las formaciones de compromiso, la elaboración y gestión de contratos y de proyectos crean una región intermedia, un espacio de mediación entre fuerzas inmanentes al sujeto y otras que son producidas con gran exterioridad a él. Una región en donde hay posibilidad de que se reconstruya el predominio de las necesidades sociales y de los hechos instituidos, un beneficio sobre cómo se recomponen imposiciones internas. Un espacio que permanece abierto, un juego entre distintas posibilidades, un lugar de recomposición del poder, un espacio en donde la institución de lo nuevo es posible, una región en donde lo nuevo resulta de la multiplicidad de síntesis que el sujeto produce mediante la influencia y la presión de todos estos planos. En fin: espacios en que la praxis concreta de los sujetos, el hacer interpersonal, la política o la gestión propician relativo grado de autonomía.

*Formación de compromiso* indica aquellas situaciones que resultan de las relaciones entre la atención al deseo y a la necesidad social, entre lo interno y lo externo; ocurren de forma inconsciente o con un pequeño grado de interferencia deliberada del sujeto. La gestión de contratos y de proyectos, al contrario, implica una intervención deliberada del sujeto en estas relaciones; son las tentativas de administrar estas polaridades. Es obvio que existe una continuidad entre estos dos conceptos: todo contrato tiene incluido un cierto grado de formación de compromiso y viceversa, es decir, el sujeto no es el dueño completo de estos movimientos ni se somete de manera absoluta a ellos. El sujeto no se anula y no es completamente anulado, pero tampoco elimina su dependencia de estos planos.

Si se hace una analogía un tanto simplificada con la dialéctica de Hegel se podría pensar en esos planos que se expresan y son aprehendidos en tres dimensiones o momentos: lo universal abstracto; su negación concreta, lo particular; y un tercer movimiento sintético, lo singular (Hegel, 1974; Lourau, 1995). Tal vez, con una cierta licencia filosófica, se pudiera hacer una analogía entre estos tres movimientos y las regiones existentes arriba sugeridas.

Lo *universal* indica lo instituido, lo establecido en necesidades, estructuras, organizaciones y normas. Carga el peso del pasado, el trabajo muerto, y aparece ante los hombres con la apariencia de una fuerza trascendental. Son las necesidades sociales e instituciones establecidas en otros lugares.

Lo *particular* funciona como negación práctica de esta trascendencia: en la vida cotidiana, las personas, grupos, clases, movimientos, actúan según otros dictámenes que no son solo los instituidos. Esta libertad relativa es posible, ya sea por la praxis concreta de los sujetos como por el hecho de que esta praxis obedece a múltiples determinaciones y atenúa la fuerza trascendente de los determinantes universales. El motor de este momento particular de la existencia está en la especificidad genética de cada ser, un bien como la fuerza del deseo y de los intereses específicos de las personas o de los grupos.

Estas diferencias entre lo abstracto y lo concreto crea la posibilidad de lo *singular*, una síntesis distinta y realmente verificable en la existencia cotidiana de los seres. Una composición, una formación de compromiso o la construcción de contratos entre, por un lado, la influencia de los determinantes de carácter universal y, por el otro, el contexto particular y los intereses exclusivos del sujeto. Los conceptos de *formación de compromiso* y de *gestión de contratos* están siendo aplicados para explicar estas situaciones singulares, cuando el sujeto está obligado a redefinirse, y hasta construir nuevos proyectos transformándolos en praxis (Cuadro 1).

Cuadro 1. Mapa de coproducciones de los sujetos.

Dimensiones	Regiones	Planos
Interno	Particular	Determinación biológica Deseo Interés
	Singular	Compromiso, contrato y cogestión (práctica social, proyecto y política)
	Universal	Necesidades sociales, instituciones (cultura, sistema económico y jurídico, valores, ética, saberes)
Externo		

Nota: lo singular considerado como síntesis, espacio de mediación entre la trascendencia de lo externo y la inmanencia de lo interno.

## *Los colectivos organizados para la producción y los planes de existencia del sujeto*

La producción de valores de uso justifica la existencia de un colectivo organizado. Valores de uso que atienden las necesidades de otros, de personas externas al colectivo. Agentes externos, que influyen sobre el grupo, ya que la obligación de producir cosas en función de ellos los torna, directa o indirectamente, en individuos que intervienen en el proceso productivo y, por lo tanto, en la gestión. Sin embargo, el hecho de que no haya un límite preciso entre externo e interno no nos autoriza a desconocer las diferencias entre los productores (trabajadores) y los potenciales beneficiarios de los bienes o servicios producidos. En este sentido, la gestión de colectivos debe incorporar a los usuarios en la gestión, pero no con el mismo sentido y proporción que a los trabajadores.

Los deseos e intereses de los miembros de un colectivo no necesariamente se materializan en los valores de uso producidos. En general, los potencian; los productos pueden funcionar como un medio para permitir que los deseos e intereses de los agentes de la producción sean atendidos. Así, la asistencia a la salud es potencialmente un valor de uso para los pacientes. El deseo y el interés de los profesionales se centran, en general, en su propia supervivencia y la realización personal que pudieran lograr, pero no necesariamente coincide con la cura de los enfermos. No morir, aliviar el sufrimiento o rehabilitarse suelen ser los deseos e intereses de los pacientes. Para los profesionales de salud, son necesidades sociales que deben ser atendidas para que se realicen y se justifiquen como trabajadores de la salud.

Cuanto mayor es este desencuentro, mayor es la alienación entre los productores y más penoso se torna el trabajo. Cuanto más se sobreponen estos planos, más placentero es el trabajo y mayores las posibilidades de realización personal.

Nótese que siempre habrá algún grado de formación de compromiso entre la producción de valores de uso para atender necesidades sociales y el interés y deseo de los trabajadores, sin lo cual ningún colectivo se organiza. Esta formación de compromiso es el fundamento que une a los sujetos en colectivos organizados para la producción. Sin embargo, en el taylorismo, para la mayoría, la supervivencia es la base principal de esta unión. La posibilidad de que se amplíe la realización personal, además de la supervivencia, exige otro componente: la gestión de contratos en donde los trabajadores tengan mayor autonomía para intervenir sobre el resultado del trabajo o sobre la organización. Modos de cogestión, en fin.

Tanto un colectivo organizado para la producción como una organización o una institución también son el resultado de la formación de compromiso o de la gestión de contratos entre los miembros de un colectivo y de estos con segmentos de la sociedad. La organización resulta, pues, de la adhesión, más o menos voluntaria, a valores instituidos y transformados en estructuras, reglas y normas. La producción en equipo (colectiva) exige algún grado de organización y, por lo tanto, de formación de compromiso o de contratos. La adhesión a estas formas organizadas puede ser más o menos autónoma. La reorganización de estos arreglos y normas puede ser más o menos administrada libremente.

Guattari (1981) denominó *trasversalidad* a esa variedad de líneas de fuerzas que inciden en una institución. De la incidencia cruzada de vectores verticales y horizontales, resultarán líneas de fuga transversales, una miríada de ellas. Lourau (1995), pensando en un efecto semejante, lo denominó como *segmentación o pluralidad de los grupos*. Ambos destacaban la tensión dialéctica entre control (presión de fuerzas externas) y autonomía (capacidad de hacer diligencia del sujeto), e identificaron la posibilidad de procesos específicos de singularización de los grupos y de los sujetos. Espacios por donde se insinuará la diferencia y la constitución de distintos coeficientes de libertad entre los sujetos.

Me parece que, para Guattari, durante todo el tiempo —y en la práctica— solo opera la singularidad. Todo acontecimiento es singular. Tanto el momento universal como el particular son conceptos abstractos que indican extremos; en la realidad, son inexistentes y jamás pasibles de ser alcanzados. Nunca existe la pura inmanencia del deseo o del interés (plano particular puro) o la pura trascendencia del pasado o de lo instituido sobre los sujetos (plano de lo universal). Un pensamiento *unicista* y no dialéctico.

De cualquier modo y sin desconsiderar la complejidad de los conflictos existentes entre todas estas concepciones, parece posible deducir que no cabe tomar lo dominante o lo hegemónico (ya sean estructuras, culturas, valores, mercado o cualquier modo de producción) como si fueran el único mecanismo de producción de subjetividad o de constitución de sujetos. Un modo dominante no produce efectos solamente en una única dirección. La praxis particular de los sujetos y colectivos —aun cuando fundada en deseos e intereses (ilo que siempre ocurre!)— crea múltiples vectores de influencia mutua y altera así la valencia máxima (trascendente) de lo hegemónico. Por lo tanto, lo dominante o hegemónico nunca consigue controlar el sentido y el significado de la producción de verdades, de subjetividad o de relaciones sociales.

Tomar una cierta racionalidad, un paradigma, un modo de producción o un conjunto de valores como absolutamente dominantes significa negar la posibilidad de cambio e implica desconocer las contradicciones que operan entre los valores dominantes y la práctica de los sujetos concretos, precisamente, como las nuevas síntesis en que se desarrollará el trabajo en estas contradicciones. Tomar lo universal por el todo es permanecer ciego a lo nuevo; al final, formaciones de compromiso y reconstrucción de contratos acontecen todo el tiempo.

En este sentido, el ser humano es un producto circunstancial de estos diversos planos, pero también es un coproducto que se deriva de su capacidad de reaccionar a estas influencias y de recomponer estos mismos planos. Dentro de estos planos actúan tanto sujetos como circunstancias naturales, históricas, sociales, económicas, culturales e ideológicas (valores). Los sujetos están influenciados por estas circunstancias y, a su vez, las influncian y modifican: son los sujetos sufriendo y haciendo la historia, al mismo tiempo.

En el caso, *ser sujeto* implica múltiples posibilidades de la relación y del tránsito entre estos distintos planos. La posibilidad de sufrir la influencia de estos planos, pero también la de reconstruirlos y, ¡gloria!, la de entrar y salir de ellos. Entrar y salir. Construir y deconstruir. El grado de autonomía de los sujetos depende de su capacidad, en mayor o menor grado, del uso combinado de las variadas graduaciones existentes en la escala arriba sugerida. Una escala sin valores predeterminados. Jerarquías situacionales, construidas e impuestas por el contexto. Todo junto, mezclado. Son movimientos que casi nunca ocurrirán en el orden presentado, se pudiera decir, también, en beneficio de la complejidad de las cosas.

Pobres aquellos que, prisioneros de una compulsión interna o del servilismo a lo social, jamás se autorizan a restablecer compromisos, a rehacer contratos o a actuar según proyectos. Un *grupo sujeto* o un sujeto con autonomía circularán entre estas instancias sin subordinarse en absoluto a ninguna de ellas o, mejor aún, la autonomía será aquella capacidad de expresarse y de actuar influenciado y considerando todas estas categorías, componiéndolas en distintas soluciones y valiéndose de un método dialéctico que mediase fuerzas internas con imposiciones externas.

Así, por un lado, alguien que renunciase en forma absoluta a su dimensión interna (sus deseos e intereses) jamás se constituirá en un sujeto capaz de respetarse o de vivir con algún grado de autonomía. Por otro lado, sujetos incapaces de renunciar a parte de sus deseos e intereses en función de compromisos, necesidades y voluntad de integrarse en instituciones o de concertar

proyectos con otros sujetos tampoco construirán autonomía o lograrán vivir en sociedad.

### *Los planos del deseo, del interés, de la necesidad social y de las instituciones*

El deseo se refiere a lo inconsciente y su manifestación es independiente de la existencia de los medios materiales o subjetivos considerados necesarios para su realización. Para el psicoanálisis, el deseo insistirá en manifestarse aun contra la voluntad consciente del sujeto o contra las conveniencias sociales (Freud, 1969; Lacan, 1998; Dolto, 1998). El deseo no demanda proyectos ni medios racionales para inducir al sujeto a la acción. El deseo no se manifiesta, necesariamente, conforme a las nociones de *conveniencia* o de *cultura* y trasciende los límites sociales y las referencias históricas. El deseo ignora las circunstancias, aun cuando el sujeto esté obligado a reconocerlas para lidiar con ellas de la mejor manera que le fuera posible o a sufrir las consecuencias por desconocerlas. Sobre la diferencia entre necesidad y deseo, Françoise Dolto escribió:

Hay deseos en el ser humano. Y los deseos no son satisfechos directamente, cuerpo a cuerpo, de manera directa por la cosa sustancial que es pedida: “Mamá, ¡quiero un caramelo!”. El niño tal vez necesite del azúcar, pero no precisa del caramelo. Esta es la diferencia [...] es un pedido de relación ligado al placer de tener alguna cosa con un gusto particular en la boca. (Dolto, 1998; p 338)

Aun cuando se admita que el deseo no resulte sino de procesos internos (de origen instintivo), y que será también producido por procesos intersubjetivos (pulsiones conformadas por las relaciones familiares, introyección de valores, etc.), vale destacar que, una vez constituido como deseo, tiende a operar como fuerza pulsional, es decir, con automatismo y tendencia a repetirse con cierto grado de autonomía del contexto, aun cuando, al final, pasa a ser alterado (reprimido, desviado, descolocado, sublimado) por el sujeto (Deleuze & Guattari, 1976; Moura, 1995).

El deseo se manifiesta, entonces, con gran autonomía en relación con el mundo externo, por lo que se considera que es la manifestación más particular del sujeto. Entonces, el interés indica un compromiso mayor con lo real. Para el psicoanálisis, con el interés estarán implicadas las pulsiones

de autoconservación del ego (Laplanche & Pontalis, 1992), ya que el prestar atención a intereses depende de una mayor capacidad del sujeto para lidiar con los datos de la realidad. De ahí la posibilidad de contraponer el deseo y el interés: la realización de algún deseo puede, en teoría, oponerse al interés del sujeto: la relativa libertad del sujeto de autoconsumirse o también la de renunciar al deseo que le parece una amenaza.

En sociología, el sentido atribuido al término no es muy distinto. Para Marx, los intereses de una clase social se definen a partir de imposiciones que se derivan de su reproducción económica, social y política (Marx, 1988). Esto implica que la genealogía del interés guarda relación con la reproducción del sujeto y de los grupos. Sin embargo, en ambas acepciones, el interés funciona como fuerza inmanente y depende de la objetividad del sujeto (su biología, su lugar en el mundo y su posición social).

De cualquier modo, el interés actúa sobre el sujeto como un estímulo inmanente: demarca maneras particulares de los sujetos y grupos, que pelearán con la transcendencia de los determinantes de orden universal. La praxis, en esencia, orientada por el interés crea situaciones singulares distintas de lo que se esperaría si las reglas y determinantes universales (generales) funcionasen sin oposición y de un modo diferente del deseo puro y original del sujeto o grupo en cuestión.

Las *necesidades sociales*, como el propio término lo indica, son más el resultado de la dinámica sociohistórica que de un atributo particular de los sujetos. La constitución de las necesidades sociales ocurre según los procesos dialécticos, a través de los cuales los sujetos producen necesidades a partir de sus deseos e intereses, aunque siempre impedidos por valores y limitaciones dominantes en cada período y espacio social.

No obstante, existe un grado importante de exterioridad entre los sujetos concretos y las necesidades sociales que prevalecen en cada época. Los sujetos sufren sus consecuencias más de lo que las comandan en cada situación específica. Por este motivo, las necesidades sociales tienden a presentarse a los sujetos casi como fuerzas naturales y extrañas a él; o sea, como impedimentos ineludibles o difíciles de ser alterados (Marx, 1985).

Las instituciones —el mercado, el estado, la medicina, etc.— aparecen ante el sujeto con el peso de un determinante universal y con aspecto de un valor trascendente a él mismo. Las instituciones y las necesidades sociales tienden, pues, a aparecer a los sujetos dentro de esta apariencia, aun cuando hayan sido producidas por los movimientos instituyentes que, con certeza, implicarán la lucha de los sujetos concretos contra lo entonces establecido o instituido.

Las instituciones, en general, priorizan el control sobre la autonomía y procuran reforzar la dimensión objeto de los seres humanos. El eje que torna esta maniobra posible coincide con aquel que opera con la sustracción de cuotas de poder a la mayoría para concentrarlo en algunos pocos sujetos o en instancias abstractas: la tradición, las reglas, la moral, las leyes, el mercado, etc. Así, la tradición cultural para las tribus y los clanes funciona como un dispositivo que les quita autonomía. De igual manera lo hace el poder paterno para la familia occidental; los libros sagrados y los sacerdotes para los religiosos; la estructura jerarquizada y vertical de la mayoría de las organizaciones modernas, del ejército a la fábrica; el poder de *saber sobre* o *no saber* en las escuelas y hospitales; el poder del hombre sobre la mujer en las sociedades sexistas; todos son mecanismos concretos para que los dominantes organicen su propio modo de ser, mientras que grandes segmentos son obligados a renunciar al importante coeficiente de su propio potencial humano.

Sin embargo, los sujetos desarrollan acciones para superar relaciones normativas instituidas; lo hacen por medio de prácticas sociales que sobrepasen los límites impuestos por los condicionantes universales y por los impedimentos de cada situación particular. La cogestión, la construcción de nuevos compromisos y contratos, la elaboración de los proyectos, todo esto apuesta, en general, si la posibilidad de la creación de situaciones singulares, distintas de la tradición y también de aquello estrictamente deseado o de interés del sujeto. Se recortan las manifestaciones concretas de los deseos e intereses, la reconstrucción del deseo; no a su interdicción o bloqueo total.

Hay mecanismos conscientes (renuncia) o inconscientes (bloqueo) en que el sujeto altera deseos, intereses o necesidades sociales, con el fin de alcanzar algún otro beneficio secundario o tardío, postergado para el futuro. Son, por lo tanto, mecanismos de postergación y de cambio, en los cuales los sujetos pueden participar con mayor o menor autonomía de decisión. Son los límites impuestos o negociados con otros sujetos, ya sea que los antagonistas estén próximos (compromiso directo) o distantes (contratos sociales del tipo institucional). Dentro de esta óptica, se explica la existencia de momentos instituyentes<sup>7</sup>, que resulta de situaciones de crisis que al sujeto o al colectivo le interesan modificar. Son las estructuras o contratos realizados en el pasado que los sujetos encuentran haciendo parte de su contexto, en general, ya cristalizado, y que les interesará alterar.

---

<sup>7</sup> La noción de *instituyente* es clásica al movimiento institucional y compone un par dialéctico con la de *instituido*. Aparece, entre otros, en Sartre (1963), Lapassade (1989) y Lourau (1995).

En algunas instituciones, los sujetos, que viven en una época determinada y en sociedades concretas, están automáticamente incluidos. Sobre ciertas instituciones, como la familia, el mercado o el régimen legal/constitucional, no hay elección de incluirse o no. En el mejor de los casos, los sujetos pueden actuar para alterarlas al establecer nuevas singularidades familiares o de convivencia social mediante procesos de lucha y negociación.

No obstante, hay una serie de instituciones en las cuales los sujetos gozan de mayor libertad para incluirse o no. El trabajo es obligatorio para la mayoría que no tiene la alternativa de vivir de rentas. Mientras tanto, al momento de adoptar una profesión hay libertad relativa de elección. Depende de la libertad variable, según la clase social, la historia psíquica y el contexto cultural y económico de cada persona. De cualquier manera, aunque sea el resultado de cierta elección, estas nuevas instituciones *adoptadas* también pasan a pesar sobre los sujetos, obligándolos a un comportamiento serial y a un patrón según cánones específicos. Cuando se adopta una institución, se lo hace junto a sus prerrogativas e imposiciones (el momento universal). Sin embargo, toda institución es pasible de modificación. Lo *inacabado* constitucional de los seres (Lapassade, 1989). Le queda al sujeto instituido, por consiguiente, la posibilidad de construir grados de autonomía ya sea aprendiendo a entrar y a salir de las instituciones como a sobrevivir escogiendo sus rumbos.

### *La capacidad de análisis y la capacidad de intervención: la construcción de objetos de compromiso y de la voluntad*

El proyecto y la cogestión demandan una concentración lo más racional posible. Dado que hay objetivos a ser alcanzados, hay que cuidarse de proveer los medios considerados indispensables para el fin ansiado. Quien desee o necesite de un fin, se obliga a inventar los medios para tal fin. La cogestión es la elaboración de proyectos que dependen de la capacidad de análisis, de un examen cuidadoso de aspectos racionales e irracionales y de los elementos internos y externos necesarios para orientar praxis que viesan algún fin.

Son momentos en que el sujeto o el colectivo están obligados a considerar el propio deseo, los intereses y necesidades, así como el de otras agrupaciones a las que pretenden atraer o combatir. Construir un proyecto o coproducir un colectivo implica producir sentido para la acción y exige también la consideración de los medios materiales y subjetivos necesarios para la tarea. Cuando el sujeto elabora un análisis y actúa según proyectos o en cogestión, se obliga a considerar las limitaciones del contexto y las restricciones impuestas por

el interés ajeno, y a proveer los medios que posibiliten el pasaje de aquello deseado o necesitado, a condición de disfrutar con la práctica.

El proyecto y la cogestión, entonces, incluyen el cálculo y la movilización de medios. El realismo y el pragmatismo son, pues, condiciones indispensables para imaginar un proyecto o para ponerlo en práctica (gestión de lo planificado). Sin embargo, si se elimina cualquier vestigio del deseo o del interés de los trabajadores, todo les sonará extraño. Sartre consideraba que una de las características básicas e indispensables para la libertad y la responsabilidad era el hecho de que la capacidad del hacer estuviera en concordancia con los proyectos (Sartre, 1963).

En general, la administración científica y los métodos de planificación operan casi exclusivamente en el plano de lo instituido, suponiendo que los intereses y deseos de los trabajadores perturbarán la gestión. Imaginan que lo particular y lo singular (posibilidad de manifestación de la negatividad de los sujetos, el espacio de la crítica y de los movimientos instituyentes) contaminan la racionalidad objetiva de la gestión con la subjetividad de los agentes. De hecho, en general, la dificultad de concertar deseos e intereses en los colectivos con frecuencia es utilizada por la racionalidad gerencial dominante como pretexto para ignorarlos o, asimismo, para oprimirlos.

El método de la rueda ambiciona lidiar en estos planos y regiones de expresión de la subjetividad y del accionar de los sujetos. Sí, pelear. Una palabra con significado más amplio que el de gerenciar o administrar, además de incluirlos. *Lidiar* significa “tomar parte en, participar de, sufrir, pasar, dar combate a...” (Buarque de Holanda, 1996). La cogestión implica todos estos sentidos. Lugar de pasaje, de sufrimiento, de combate y, sobre todo, reconocer y tomar parte en todos estos planos, pelear con ellos.

Se reconoce que existe una coproducción de sujetos y de colectivos a partir de la vida cotidiana. El trabajo en equipo como *setting* (disposición) pedagógico y terapéutico, o factor *paideia*. Es lidiar (coadministrar) durante todo el tiempo, simultáneamente, incluso con énfasis distinto, en todos estos niveles. Esta es la esencia de la metodología *paideia*. En verdad, un reconocimiento de que la cogestión es tributaria tanto de la producción de la subjetividad y de sus manifestaciones como del modo de educar y conformar sujetos y el modo de funcionamiento de las sociedades y de sus relaciones de poder.

Todos estos planos influyen, de modo consciente e inconsciente, en la racionalidad (método de pensar) y la práctica de los sujetos. Actúan de forma combinada, produciendo cierta capacidad de análisis y de intervención del sujeto y del colectivo.

Todos estos niveles convergen para producir valores, modos de pensar (racionalidad) y de hacer (praxis) de los sujetos y de los colectivos. La producción

de la voluntad o el de su bloqueo también dependen de esta dinámica. Deseos e intereses estarán siempre en la base de la construcción de la voluntad. Sin embargo, la racionalidad instituida, los valores consagrados, los proyectos acordados o los compromisos asumidos, todos estos planos, una vez instituidos, pasan a controlar aquellos mismos deseos e intereses en un sentido que no necesariamente se asemeja al original, alterando el sentido de la voluntad.

Se podrían identificar, tomando al saber como referencia de los grandes campos de predisposición de los sujetos: la voluntad de analizar y la voluntad de no analizar (el beneficio secundario de la alienación). Y tomar la praxis en consideración, existe la voluntad de hacer y no hacer.

La ampliación de la autonomía del sujeto depende de su capacidad de lucha con estos niveles, de la manera de producir la voluntad, de analizar y de hacer. Esta voluntad indica una capacidad de comprometer al sujeto en determinado objetivo (fin) y en un objeto específico.

La identificación o —mejor dicho— la construcción social y subjetiva de los objetos de compromiso depende, por lo tanto, de todos estos niveles. Cuando el sujeto o el grupo consigue construir y relacionarse con algún objeto de compromiso (inversión) se torna posible el establecimiento de tareas, es decir, pasar a interesarlos a desarrollar acciones prácticas que los aproximen al objetivo ansiado. En este sentido, un colectivo solo rompe la reiteración serial (Sartre, 1963), a la que Pichon-Rivière (1988) denominó como *pretarea*, cuando existe una constitución de objetos de compromiso. En este momento, la producción de objetos de compromiso no depende únicamente del deseo, sino que implica el tránsito por todos estos planos. Se desea dentro de una cultura y este hecho altera la pureza del deseo; su expresión siempre es alguna forma de compromiso con otras instancias, además del narcisismo. Se necesita de cosas por imposición biológica o social. No obstante, su relación con el deseo modifica la postura del sujeto frente a estas imposiciones de la naturaleza o de la sociedad.

Para el método de la rueda es posible la coproducción de objetos de compromiso y de objetivos que atiendan el interés y las necesidades de más de un sujeto: la organización opera con más de un objetivo, en verdad, opera en función de objetivos polares y esa construcción es utilizada como mecanismo de mediación entre la dureza molecular (microsocial) del deseo que, en general, actúa en el sujeto de forma inconsciente, y la cristalización molar de las necesidades sociales, accesibles, en general, a la conciencia, todavía mezclada con valores dominantes de cada época.

Ya sea desde el punto de vista terapéutico como desde el institucional, se puede invertir en la coproducción de objetos de compromiso y de doble objetivo que aumenten la realización personal, el grado de autonomía y de libertad de los sujetos para que aseguren eficacia y eficiencia a la producción

de valores de uso que atiendan la necesidad de otros. Implicar a los sujetos en la producción de objetos de compromiso y de objetivos alternativos tiene el fin de interferir en la dialéctica deseo/necesidades, es decir, valorizar el deseo, pero dirigirlo hacia un diálogo con las necesidades sociales, procurando instituir procesos de construcción de objetos y de objetivos articulados a estas dos instancias, aun cuando esté luchando con ellas con una cierta independencia.

El concepto de *objeto* es polisémico. El psicoanálisis le atribuye un sentido interesante en relación con la gestión de los colectivos y para que se comprenda la praxis concreta de los sujetos:

Objeto [...] es aquello en qué y por qué la pulsión procura alcanzar su meta, esto es, un cierto tipo de satisfacción. Se puede tratar de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantástico. (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 321)

Karl Abraham y Melanie Klein trabajarán con la polaridad “objeto total versus objeto parcial” y tratan de explicar las distintas elecciones de objeto que los sujetos realizan a lo largo de la vida y no solo durante la infancia. Posteriormente, Winnicott acuñó la expresión *objeto transicional* para designar las elecciones que el niño irá elaborando con el fin de superar la relación primera de objeto total con la madre (Winnicott, 1953).

Se sugiere una utilización ampliada de estos conceptos, en el sentido de considerar como *objeto parcial* o *transicional* a todos aquellos objetos, situaciones o métodos de trabajo o, asimismo, a todos aquellos proyectos capaces de *implicar* al sujeto y el colectivo. *Estar implicado* significa tornarse primero interesado y después apto para descargar la energía psíquica en estos *objetos*. El término *transicional* es en particular adecuado porque indica la transitoriedad de todas estas elecciones del afecto, o sea, los objetos transicionales deberán estar permanentemente abiertos a la reconstrucción, conforme se modifique el deseo o las condiciones del medio (necesidades sociales). Lo transicional presupone la parcialidad de estos objetos. Ningún objeto amado como una totalidad es de manera deliberada criticado o modificado por el sujeto. El desafío, entonces, estará en que los sujetos sean capaces de invertir en objetos (base para la elaboración de proyectos) que se saben imperfectos y parciales, pero que, a pesar de esto, merezcan su amor y su trabajo.

Mientras tanto, ¿cómo podrán ser descubiertos y trabajados estos objetos merecedores de compromiso? De nuevo, aquí se entrecruzan la función productiva de lo social y la del sujeto. Por un lado, es preciso que, por lo menos en cuanto potencialidad, lo social haya creado la posibilidad de existencia de

un objeto o de un proceso. Por otro lado, el sujeto estará obligado a reconocer esta potencialidad, a descubrirla, apoyado en el deseo que acostumbra a preionar de manera poco precisa (el deseo nunca define sus objetivos con claridad y tiene la capacidad de escoger a más de un objeto, aunque de manera distinta al deseo primario). Después, el sujeto estará, todavía, obligado a realizar algún tipo de praxis sobre aquel objeto (compromiso concreto).

Este reconocimiento del objeto por el sujeto solo será posible si el sujeto, aun cuando sea de manera inconsciente o intuitiva, hubiera delineado los objetivos. Objetivo en el sentido de elección, previo a algunas *consecuencias esperadas* o de *algunas directrices* deseadas para el futuro. Sería un caso más en que las *consecuencias* estarían influyendo, *a priori*, sobre las *causas*; o, dicho de otro modo, las *consecuencias esperadas* estarían causando las *causas* que —se suponen— las provocarán, y los objetivos influyendo en la construcción de los objetos de compromiso.

Todos estos procesos pueden ocurrir de forma más o menos consciente. El sujeto puede gerenciarlo en parte o ser comandado por ellos. De cualquier forma, lo que arriba parece descrito como si fueran etapas sucesivas es, en verdad, el resultado de un cabalgamiento de todas estas influencias. La voluntad se desarrolla junto con la construcción de objetos de compromiso, lo que ya indica la identificación de algún objetivo que, en general, solo se produce como tal porque alguna tarea, siempre una acción práctica, ya ha permitido alguna aproximación del sujeto a su objeto de compromiso.

Para el psicoanálisis, el objeto de compromiso puede ser producido ya sea a partir de un recorrido *narcisístico* (autorreferente) o un otro social (Lourau, 1995; Kaës, 1997). Lourau los clasifica como vínculos libidinales y vínculos sociales; René Kaës habla de “actos psíquicos sociales y actos psíquicos narcisísticos [...] por los cuales el sujeto es un fin en sí mismo”. El método de la rueda niega estas dicotomías al afirmar que todo objeto de compromiso y, por lo tanto, el estar involucrado en las tareas resulta siempre de una mezcla variada de estos dos itinerarios posibles. No hay ni un camino puramente narcisístico ni otro completamente social. Aun cuando exista la predominancia de esta o de aquella línea de determinación, al hacer que los objetos de compromiso sean más internos (objeto construido a partir de una autorreferencia del Yo), o más externos (objeto introyectado, pero construido a partir de la heterorreferencia).

Freud ve la maduración del sujeto ligado a esta capacidad de investir sobre los objetos externos —fase genital del desarrollo psíquico— (Freud, 1976a). De cualquier manera, si la fijación en sí misma provoca disturbios psíquicos, el borrar o la eliminación de la capacidad de compromiso en sí misma es

un indicio de alienación, un síntoma de la objetivación del ser humano, un síntoma de la dominación y la explotación del sujeto por otros.

No obstante, no siempre *el hacer* se acompaña de esta voluntad inducida por la conexión a algún objeto de compromiso compuesto de manera dialéctica (síntesis entre vínculos narcisísticos y sociales). Es común que se haga por obligación, es decir, que el sujeto actúe en función de las necesidades impuestas a él, de compromisos instituidos o de conveniencias políticas. En estos casos, se habla de *praxis alienada*. En el fondo, se trataría de una práctica con bajo compromiso libidinal sobre el objeto o sobre el objetivo de la acción, una práctica con pequeño coeficiente de la voluntad de hacer.

El bloqueo de la voluntad ocurre por la subordinación del sujeto a lo instituido o a las necesidades; para el caso, son compromisos, contratos y proyectos contruidos de manera extraña a él. En el límite, al revés de operar una formación de compromiso entre el deseo e imposiciones sociales, tendrá vigencia una formación reactiva. *Formación reactiva* es “una actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo constituye una reacción contra él [...] es un invertir en contra de un elemento consciente, de fuerza igual y opuesta al compromiso inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 200).

Esta dominancia de lo externo sobre los deseos e interés del sujeto, en general, está ligado a lo que Freud denominó el *principio de realidad*, predominio regulador del ego sobre la fruición del placer (Freud, 1976b.) Mientras tanto, el principio de realidad es una construcción, una mezcla heterogénea, el resultado tanto de los instintos de sobrevivencia como de las imposiciones sociales e históricas. El principio de la realidad varía conforme a la existencia de cada grupo o persona singular.

En este momento, los grupos y sujetos están con frecuencia sometidos a necesidades, contratos y proyectos que poco se incluyen en sus deseos e intereses, lo que les disminuye la capacidad de comprometerse en los objetivos y sobre el objeto nuclear de estos proyectos.

No obstante, el bloqueo de la voluntad no produce necesariamente inmovilidad, tal vez, impotencia, aunque no al autismo. El bloqueo de la voluntad induce, sí, el actuar burocrático y a la *praxis alienada*. Por esto, la dominación, desde una perspectiva funcional, ha sido posible. Se estrangulan los intereses y deseos de los sujetos al cortarles la posibilidad de compromiso en objetivos y objetos, pero la necesidad y las reglas sociales los mantienen funcionando, por cierto, en una sintonía próxima a la de las máquinas, pero no igual, porque es característico del sujeto poseer la capacidad de desarrollar formaciones reactivas y también proyectos de cambio en una situación incómoda.

Puede también haber desconexión entre voluntad y saber: voluntad de analizar y la voluntad de no saber. El sujeto o los colectivos también actúan

de modo inconsciente, automático e irreflexivo. La razón (coeficiente posible de saber) depende tanto de la pasión como de cierto alejamiento del sujeto de sus deseos e intereses. Sin pasión (capacidad emocional de investir) e incomodidad (deseo e intereses no realizados), no hay esfuerzo dirigido para conocer el objeto o los medios y fines para cumplir lo deseado (saber materializado en un proyecto). Desde lo deseado se encuentra la voluntad y el sentido para que se cuestione lo instituido.

Además, al apoyarse en instituciones, contratos y proyectos es posible protegerse del imperativo categórico del deseo y del interés, al abrirse espacios (predominio de la razón) para trabajarlos según otras órdenes de realización: desvío o descolocamiento de los intereses y del deseo (¿sublimación?). La posibilidad de construcción de vínculos interpersonales depende, por consiguiente, no solo del sujeto, sino también del medio social.

En conclusión, cada uno de estos niveles funciona como una prisión y, al mismo tiempo, como un espacio libertador. Son la cadena del deseo y las alas del deseo. Un compromiso puede resultar de la coestión de intereses o ser el resultado de la dominación.

### *Notas sobre la relación entre el sujeto y el colectivo*

Para el método de la rueda no cabe, en principio, una oposición antagónica entre individuo y colectivo. Al contrario, un colectivo democrático implica la existencia de espacios para la expresión y reconstrucción de los intereses y deseos de sus miembros. No se manifiesta ni en la neurosis narcisista (concentración máxima del compromiso en el propio sujeto) ni en la santidad inefable (renuncia radical a los propios deseos). Tampoco significa dominación del otro, sino una horizontalidad potencial de las relaciones. Es una dialéctica relacional en donde los eventuales e inevitables recortes sobre los deseos e intereses son situacionales o, si lo decimos con mayor precisión, que las diferencias de poder son provisorias, pasibles de crítica y reconstrucción.

Existe un sentido común sociológico que atribuye el fracaso de experiencias colectivas o de programas sociales al interés. Para este pensamiento, solo después de una reeducación para la renuncia se podría pensar en sistemas democráticos que funcionasen con justicia. Dentro de esta racionalidad, en el límite, la organización democrática sería una utopía idealista, ya que no hay dato histórico que indique casos en que toda una comunidad haya renunciado a sus deseos e intereses. Entonces, se transmite la idea de que sería posible o deseable un mundo en que los intereses particulares fueran eliminados. De esta manera, un día dejarían de existir los conflictos. Como

esto no ocurre nunca, se justificaría el escepticismo como regla posmoderna de conducta y de ser juzgado.

El método de la rueda discrepa de esta lógica de pensamiento. El problema no está en el interés o en el deseo, ya que sin esto no habría sujeto autónomo ni tampoco sería posible una institución democrática. No hay un espacio democrático sin la posibilidad de que los deseos e intereses se manifiesten. El desafío está, sí, en la manera de *administrarlos* o, mejor, en el modo de construirlos en la práctica, porque es precisamente en esa práctica, por la acción de los sujetos, que se puede realizar la construcción de los deseos e intereses de un grupo o de un sujeto con deseos e intereses que les suceden a los otros sujetos o grupos. Estos son reelaborados bajo la forma de necesidades sociales y compromisos a ser atendidos, cristalizados en organizaciones o instituciones e inscritos en proyectos que los tornen factibles.

El desafío está, por consiguiente, en recomponer los intereses y deseos de los distintos grupos, de forma tal que se pueda construir una sociabilidad solidaria y democrática. Si bien esto difícilmente implique exigir de algún grupo una completa renuncia a sus deseos e intereses, con seguridad demanda disminuir el poder al bloque dominante, con la consiguiente distribución de ganancias y de beneficios que resultan de la labor colectiva. En realidad, la esencia del conflicto político contemporáneo se refiere a disputas de esta naturaleza; no se trata, por lo tanto, de congelar estas relaciones —postura que interesará para la conservación de lo instituido—, pero sí de alterarlas mediante procesos de lucha y negociación.

La cogestión tiene el potencial de crear momentos singulares. Composiciones variables entre lo instituido y los movimientos instituyentes, entre la norma y la excepción, entre lo externo y lo interno. El ejercicio de gobierno por parte de los dominados no puede depender de la condición de ser elevados a la posición de grupo hegemónico. El cambio difícilmente comience por lo universal, ya que lo estructurado tiende a la conservación y a reprimir movimientos de carácter crítico. La expresión colectiva (llena) de contradicciones solo es posible mediante la ocupación autónoma de espacios particulares o microsociales. La multiplicación de estos eventos, ya sea por la imitación (efecto de demostración) u ordenada mediante proyectos de cambios, es el camino para alterar la estructuración macrosocial. Gramsci tal vez haya sido el teórico moderno que expresó esta dialéctica con premonición y gran claridad (Gramsci, 1978).

Por lo tanto, la nueva sociabilidad deseada por un colectivo comienza a ser construida dentro de su propio límite de gobernabilidad. Transferir para un futuro distante la alteración de los métodos de gestión de los colectivos es

transferir para nunca la construcción de sujetos con capacidad de dirección para crear una nueva sociedad.

En este sentido, el método de la rueda sugiere la aplicación inmediata de alguna forma de cogestión, con la radicalidad y la extensión conveniente y posible dentro de cada contexto.

## **El zigzagueo del sujeto: un análisis sobre los modos de constitución del sujeto contemporáneo**

### *Sobre la muerte del sujeto*

La absurda y enfática declaración sobre el fin del sujeto humano interesa a dos utopías opuestas: la del orden total y la del desorden absoluto. La paradoja es que tanto los pensadores situados a la izquierda —viejos y nuevos estructuralistas— como otros de derecha —Francis Fukuyama y el anuncio del fin de la historia— decretaron la extinción del sujeto (Dosse, 1993, 1994; Fukuyama, 1992).

Estas teorías constatan —e intentan justificar— la expulsión del sujeto del escenario histórico. En su lugar, habría entrado un orden socioeconómico insuperable o unas estructuras potentes para subordinar el sujeto a su lógica; ya sea que fuesen el mercado, la cultura, los micropoderes, los saberes, el inconsciente o la ideología, todos estos dispositivos funcionarían como cadenas que aprisionarían a los seres moldeados y generados por ellos mismos.

En este contexto ideológico, cualquier foco centrado en el sujeto estaba fuera de moda, ya que era un discurso idealista, con un sentido utópico o ingenuo. Voces aisladas, la escuela de Fráncfort y otros pensadores y movimientos vienen criticando esa tendencia al reconocer la importancia de los sujetos concretos implicados en las relaciones sociales (Jameson, 1996).

Para el método de la rueda, este es el centro del drama contemporáneo: se procede como si el ser humano no existiese o estuviera siempre en último lugar, subordinado al pragmatismo imperante, en casi todas las esferas de la vida humana. Esta retirada de escena del sujeto viene acentuando las contradicciones y la distancia entre los saberes y las prácticas sociales. Las invenciones humanas son cada día más espectaculares y, no obstante, benefician a un pequeño número de personas. De repente, se vende hasta la idea de que se habría perdido, en todas sus dimensiones, el control sobre la vida social:

en relación con el mundo natural, la producción económica y las múltiples manifestaciones de la vida política (Harvey, 1993).

Estaríamos delante de la cuarta herida narcisística: la vida social se habría desprendido del control de los humanos. Sucedería a la de su propia rebeldía. La humanidad habría perdido el control sobre la vida social que ella misma habría creado (Deleuze & Guattari, 1976). La dinámica del capitalismo globalizado estaría imponiendo a la conciencia humana la naturalización de lo social, con una serie de pruebas cabales de la impotencia de la humanidad delante de su propia obra. Lo social sería una especie de Frankenstein posmoderno, un monstruo deforme y autónomo. Si Nicolás Copérnico, Charles Darwin y Freud tenían razón al herir la autoimagen de los humanos, no hay motivo para reconocerle consistencia a la tesis que afirma la imposibilidad de interferencia deliberada y dirigida sobre lo social o lo económico. Atribuir a la autorregulación del mercado la fuerza principal para regular la vida en la sociedad no es una verdad revelada, ni siquiera una constatación privada de fuerte carga ideológica. Existe una distancia abismal entre reconocer el cosmos o la existencia del inconsciente y suponer inevitable el predominio de la lógica de la circulación y de reproducción del capital sobre los intereses de la mayoría de los ciudadanos.

Olvidarse de la humanidad en el mundo, inventar valores de uso para las cosas y fenómenos sin referencia explícita a los humanos —que vienen produciendo e inventando estos valores— y esgrimir razones económicas, legales o políticas contra los propios intereses humanos es un contrasentido de remate, cuando no una falsificación genuina para ocultar intereses de minorías elitistas.

Tomar descontrol por autonomía absoluta sería un equívoco. De hecho, la mayoría de las instituciones inventadas por el hombre terminan subordinándose a su propia lógica. Sin embargo, siempre son estos mismos humanos dominados quienes deconstruyen, destruyen, reforman o crean otras instituciones diferentes de aquellas de las que nos incomodaban. En el límite, en caso de dificultad extrema para pelear con sus propias creaciones, resta a los humanos escapar a lo largo de ellas, huir y fundar otra civilización. Si Egipto fue indestructible, a los hebreos no les quedó otra alternativa que escaparse de allí para ir al desierto. Estando en quiebra, escribieron un libro sagrado, eligieron otros líderes y fundaron un nuevo estado. Pasaron de la impotencia absoluta a la cima de la creatividad. Así se han comportado los sujetos en distintos episodios de la historia. Cabría investigar esa capacidad y no solo tomar los cuatrocientos años de cautiverio egipcio para comprobar el espíritu de esclavo innato de la mayor parte de la humanidad.

Una teoría sobre el sujeto debe considerar tanto la subordinación como la insurrección; tanto la adaptabilidad de los grupos a situaciones de opresión como la capacidad de generar nuevos contextos y crear otras subjetividades, imaginarios y, en consecuencia, nuevas máquinas sociales.

*¡El ocultamiento del sujeto es una acción deliberada, una estrategia de dominación!*

Convoquemos al viejo Marx. Para él, las ideas de una época estarían ligadas a la dinámica económica y social. Si esto fuese así, la aparente insensatez de un grupo social o de toda una época se explicaría no por la falta de inteligencia, sino por el orden socioeconómico, que reforzaría algún tipo de racionalidad y estimularía la conformación de ciertos imaginarios contra otros (Marx, 1996).

Según el método marxista cabe, por lo tanto, preguntar: ¿por qué motivo conservadores y progresistas, izquierdistas y derechistas, y tantos otros, se están olvidando de la existencia concreta de los sujetos?; ¿por qué el ser humano salió del centro del saber y del hacer contemporáneo?; ¿qué mecanismo generó este tipo hegemónico de percepción y de intervención sobre lo real?

Con frecuencia, pensadores críticos han atribuido el carácter de lo único existente a aquello que es hegemónico (o dominante). En tal caso, se podría decir *bye bye* a la dialéctica y adiós al análisis dinámico de los acontecimientos; por milagro de los malvados se borrarían las contradicciones y, en consecuencia, se desvalorizaría cualquier iniciativa diferente de aquella que es hegemónica. Que los conservadores tomen la tendencia dominante como exclusiva se comprende, al final, tratan de defender el *statu quo*. Mientras tanto, el pensamiento crítico solo consigue percibir mecanismos de dominación y de la extinción del sujeto al olvidarse de las potencialidades transformadoras que esperan la oportunidad a partir de la propia realidad adversa. ¡Esto es un misterio!

El capitalismo nunca logró un grado de legitimidad social tan generalizado. En apariencia, desaparecen las alternativas para organizar la vida social fuera de la lógica del mercado y, por lo tanto, de la competencia extrema. Hasta la misma izquierda, algunas veces, propone nada más que mecanismos reguladores, que se supone que son capaces de atenuar los efectos maléficos de la quiebra de la solidaridad social resultante de la tendencia del mercado que elimina a los débiles o incompetentes.

Además de esto, hay una crisis de realización y, por ende, de legitimidad de las instituciones ordenadas según la lógica antagónica del mercado. Todo se habría esclarecido con la caída del socialismo real en la década de 1980. Conjuntamente, aparecerán, también, indicios de falencias de las políticas y de los organismos estatales encargados de ejecutar programas sociales (Enzensberger, 1995; Jameson, 1996; Giddens, 1997; Anderson, 1997). Todo esto, sumado a la burocratización de los partidos y sindicatos ligados a los trabajadores y al movimiento popular, contribuyó a liquidar la esperanza de un desarrollo alternativo a la tendencia dominante (Gorz, 1998).

Articulado, precisamente, esta desarticulación de la capacidad de intervención de los de abajo, el capital se aprovechó para imponer cuotas de explotación al trabajo aún más acentuadas (en alrededor de veinte años, de 1973 a 1994, los trabajadores de los EEUU perdieron 11% de la renta nacional), y se inició un nuevo período de concentración monopólica de las propiedades, con transferencia de ganancia de los que menos tienen a los más ricos, al sector productivo y al financiero (Thurow, 1997).

Con esto, se crearon condiciones ampliadas para que la clase media reforzara un modo de ser en la sociedad, profundamente ligado a los valores básicos del mercado. *Competencia, competitividad e iniciativa* serán la receta contra la burocratización de los agentes sociales. No se habla más de los trabajadores. Con la desaparición estructural de puestos de trabajo, se inventó la ficción de una sociedad en la cual todos serán pequeños productores, agentes económicos, cuando en verdad se cristalizó un mecanismo gigantesco de exclusión social y de destrucción de contratos de los trabajadores (flexibilización de las leyes reguladoras de las relaciones entre el capital y el trabajo). Hay millones de seres que no serán ni fuerza de trabajo, ni mercado potencial, pero esto poco le importa a la racionalidad económica (Forrester, 1997; Rifkin, 1996).

Una imagen muestra la síntesis de la época: un colegio privado divulgó una propaganda destinada a atraer estudiantes. En la contratapa de una revista, se ve un espermatozoide nadando con facciones desesperadas. En primer plano, enorme, hay entre ellos uno, único, sonriente, guiñando un ojo como un compadrito. Al lado, una inscripción apoteósica: "Para destacarse es necesario mucha preparación" (Revista de la NET/Campinas, 1997).

El modelo de la selección natural como regla de convivencia es una selección en la que los que no son incluidos serán eliminados; este es el mensaje.

En este contexto, para que un sujeto progrese, se lo obliga a desconsiderar el interés ajeno, porque en principio se trataría del interés antagónico, de algún enemigo potencial, y la manera más segura y fácil para que se realice

esta operación es el desarrollo de una capacidad para reducir al otro a la condición de objeto. De los objetos no se escuchan quejas ni se auscultan sentimientos. En verdad, se reproduce en el imaginario social un modo de representar al otro, ya presente en la esfera económica y en el espíritu de las más diversas escuelas de administración.

En la economía moderna, las operaciones son implementadas en nombre de la sobrevivencia de la empresa y no en nombre de la sobrevivencia de sus trabajadores. Las decisiones son tomadas en función de lo lucrativo y no del bienestar de las personas. Los compendios de gerencia denominan a los trabajadores con el sustantivo calificativo *recursos*. El adjetivo *humano* no consigue eliminar la cosificación de los sujetos. La reformulación de las organizaciones estableció, ahora, denominarla *reingeniería*, en referencia explícita a la concepción de que se peleará con las cosas, con los materiales, con recursos que solo merecerán consideración por su valor de cambio.

Las personas son utilizadas como cosas, conforme con el interés de cada productor individual. Los obstáculos, históricamente contruados contra esta cosificación. Los sujetos han sido apartados en forma sistemática por la política bastante coherente de las llamadas *corrientes neoliberales*. Así, ganó el mundo la orientación para la *flexibilización* de los derechos de los trabajadores. Para esta perspectiva, el movimiento sindical significó atraso, una visión particular que impidió el progreso industrial, por lo que se asistiría al fin de los movimientos sociales reivindicativos —en verdad, es más un delirio que una realidad— (Jameson, 1996).

### *La paradoja: hay una producción selectiva del deseo para el sujeto objetivado*

Al mismo tiempo, no obstante, el capitalismo no dejó de estimular el deseo en las personas. Al contrario, con la televisión, internet y la ubicuidad del *marketing* nunca el mundo estuvo tan al alcance de la mano. Doble frustración, porque jamás los sujetos obligados a vender su fuerza de trabajo tuvieron tan bajo valor de cambio. Si billones se pudren o no en guetos, poco le importa a la dinámica neoliberal. Esto es en la teoría, porque en la práctica el mundo de los excluidos se comunica y amenaza la fiesta de los incluidos. Las contradicciones siguen existiendo a pesar de la fuerza de los esquemas de seguridad.

Si, por un lado, en las organizaciones se intenta matar el deseo con la reducción de los trabajadores a objetos, todo el mundo de la comunicación, en contrapartida, produce deseo. Se estimula el desarrollo de necesidades,

procurando desviarlas a la esfera del consumo. El antiguo endiosamiento del trabajo y de la disciplina está en caída vertiginosa para dar culto a Dionisio. Hedonismo al alcance de todos, aunque sea embruteciéndose por el crac o por la cachaza, en cualquier periferia de la periferia del sistema globalizado.

El capitalismo estimula la producción de un tipo de subjetividad volcada hacia el gozo inmediato y continuo. Un gozo siempre autorizado si se dispone de dinero para comprarlo. En este esquema, las otras personas son incorporadas como objetos de disfrute o eliminadas por presentarse como obstáculos a la realización del placer.

El cuerpo no será sagrado. Tampoco el espíritu es respetado. El control de la mente ajena tan solo como el último deseo desenfrenado de estos productores de subjetividad: ¿cómo manipularlas? Se descubrió que uno de los caminos hacia el poder pasa por la capacidad de influenciar a los otros (Goleman, 1996), poco importa si se hace con el auxilio del terror o de técnicas psicológicas simplificadas, lo mismo da con tal de que se consiga la subordinación del otro a los propios objetivos.

Son múltiples los factores tendientes a reducir al sujeto a la condición de objeto. Es el movimiento de zigzag del objeto sujeto. Es la prisión del sujeto al efecto *molar*<sup>8</sup> del deseo, de las necesidades sociales o de lo instituido.

Por suerte, sin embargo, la realidad nunca se rinde a la subjetividad delirante de los sujetos o a la ideología de los sistemas. Al final, los sujetos no son objetos inertes y, a pesar de tantas evidencias que muestran lo contrario, los sujetos gritan desde adentro del torniquete del neoliberalismo, un torniquete apretado por millones de manos; el banco internacional, al ejecutivo narcisista, al político corrupto, al burócrata insensible y al gigoló de los menores prostituidos; todos los que perdieran la capacidad de interactuar y de dialogar con otros seres humanos a partir de otros intereses que no son los propios.

En tal caso, ¿por qué extrañarse de que la filosofía, la sociología, la política, la medicina y la administración de este tiempo —un tiempo con esta historia y no con otras— sean, sobre todo, saberes sobre el no sujeto?, ¿por qué? El misterio se esclarece... un poco.

### *Efecto del discurso de la ciudadanía sobre el modo contemporáneo de la constitución del sujeto*

---

<sup>8</sup> *Molar* es un concepto desarrollado para señalar procesos que actúan de modo trascendente sobre los sujetos (Deleuze & Guattari, 1976).

Además de un movimiento de zigzag del objeto sujeto, hay un movimiento de zigzag del sujeto objeto: es la vieja dialéctica con movimientos simultáneos y contradictorios. Es innegable que nunca tantos proyectos, leyes e instituciones levantarán la bandera del derecho a la ciudadanía. De la Revolución francesa hasta el fin del siglo XX, cada vez de forma más explícita, los políticos se refugian detrás de un manto de promesas de bienestar social y de libertad. Es evidente que la mayoría de los discursos y proyectos prometen justicia social y democracia (Hobsbawm, 1991).

En la realidad, la cultura dominante —*políticamente correcta*— recomienda que se tome en consideración la existencia del otro. Aun cuando las prácticas sociales hacen letra muerta de este mandato, aun así, sectores expresivos del movimiento político e ideológico contemporáneo han defendido una potencial ampliación de la ciudadanía.

Asimismo, al negar estos derechos en la práctica, los movimientos políticos están obligados a reafirmarlos, por lo menos, como promesa de futuro. Será el caso del neoliberalismo que, en nombre del crecimiento económico y de un subsecuente bienestar, estimula a los países a que realicen contrarreformas destructoras de normas de protección al trabajo, a los ancianos, etc. Esto confirma la obligatoriedad contemporánea de un discurso fundado en la justicia social, sin importar la veracidad de estas promesas o su viabilidad, ya que lo que importa para el raciocinio es que la legitimidad de una corriente política, hoy, depende de su capacidad de convencimiento. Importa considerar que, para aparentar corrección política y probidad moral, las personas están obligadas a hacer declaraciones en defensa de la ciudadanía, por un *sí* o por un *no* alcanzarán legitimidad para mantenerse como un bloque dominante.

En conclusión, la paradoja es que, al mismo tiempo en que todo sujeto es tratado como objeto, se vive un período en el que, en teoría, se defiende el bienestar y la ciudadanía. Incluso cuando el único gesto real sea el de participar de alguna franja del mundo de consumo, se está prometiendo felicidad para muchos y se reconocen, teóricamente, derechos iguales. Esto como tendencia hegemónica, porque evidentemente continúan existiendo grupos prisioneros de discursos nacionalistas, machistas y hasta racistas.

No obstante, se identifican dos líneas de producción de subjetividad antagónicas, ambas influyendo a los seres concretos y a las sociedades de la actualidad: hay un esfuerzo organizado para reducir a las personas a la condición de objeto; pero, al mismo tiempo, se activan mecanismos que las estimulan a desear cosas y a considerarse seres con derechos, personas relevantes, sujetos.

## *La producción social de subjetividad, la moral sexual y la constitución del sujeto*

Para el marxismo no tiene cabida el hecho de teorizar sobre el ser en general (Marx, 1996). El sujeto es relacional e histórico; es el producto de sus relaciones con la naturaleza, con los otros hombres y con las instituciones sociales creadas por cada sociedad específica. Por esta razón, las ideologías, las representaciones y los valores de las agrupaciones y las clases sociales se distinguen de acuerdo con la combinación de estos elementos. En este sentido, sería un disparate hablar sobre el sujeto en general.

No obstante, existen sujetos. Hay sujetos que inventan instituciones, que se rebelan contra su condición individual o social. Existe dominación, opresión y sumisión, pero también movimientos de ruptura que luchan contra el sentido determinado por las estructuras económicas, culturales y políticas. Y hay profundas diferencias entre el comportamiento de las personas sometidas a los contextos familiares, económicos, ideológicos e históricos similares.

Sin duda, hay factores casi ubicuos en un período histórico dado. La globalización económica y cultural contemporánea afecta a casi todo el mundo, como el modo feudal de producción afectó a los europeos de la edad media, aunque también surgen singularidades. No obstante, existen patrones de subjetividad que se repiten en forma semejante en millones de personas. Identidad y diferencia. Un problema filosófico viejo, antiguo e imposible.

Después de Marx, mejor es invocar a Freud e incorporarlo a esta encrucijada.

Nuestra civilización reposa, hablando de un modo general, sobre la supresión de los instintos. Cada individuo renuncia a una parte de sus atributos: a una parte de su sentimiento de omnipotencia o, además de eso, de las inclinaciones vengativas o agresivas de su personalidad. De esas contribuciones resulta el acervo cultural común de bienes materiales e ideales. (Freud, 1976a, p. 31)

La perspicacia del viejo sabio cuando expone “hablando de un modo general” es la manera dialéctica para que se opere con el concepto de *sujeto* “hablando de un modo general”, porque en contextos singulares o particulares se descubre la multiplicidad disociada del tipo genérico antes descubierto. Cada individuo o grupo lidia con las presiones sociales y familiares de manera distinta, reelaborando los determinantes que nunca serán un molde perfecto para fabricar seres uniformes en serie.

En este sentido, de un modo genérico, todos los seres humanos hacen concesiones a la moral civilizada de cada período. De esta abdicación nacerá la posibilidad de convivencia social; sin embargo, habría un precio a pagar por esta renuncia: malestar, neurosis, dolencias nerviosas, agresividad, competitividad, etc. El malestar de la civilización, la mayor parte del advenimiento de la disciplina impuesta a la sexualidad y a la manera de relacionarse entre las personas (prohibición del incesto, sexo solo a partir del casamiento, prohibición del asesinato, etc.).

Lacan (1998), Dolto (1998), Deleuze y Guattari (1976) criticaron la predominancia de la perspectiva de renuncia, exclusión o represión para explicar la producción de una cultura o subjetividades idénticas, seriadas. Las veían presas por un negativismo exacerbado y destacaron el papel productivo del deseo o el deseo como instituyente.

De cualquier forma, se puede concluir que la moral sexual produce cultura y, a su vez, es modificada por ella. La moral sexual varía conforme cambian la economía, los valores y otras relaciones sociales. Freud sabía de esto a pesar de que muchos de sus conceptos oscilaran entre una trascendencia universal (*complejo de Edipo*) y una mutabilidad según el tiempo histórico de cada pueblo. Un Freud que se podría considerar historicista postuló:

Si se considera la evolución del instinto sexual, podemos distinguir tres estadios de la civilización: un primer estadio en donde el instinto sexual se puede manifestar libremente sin que sean tomadas en cuenta las metas de reproducción; un segundo estadio, en donde todo lo relacionado con el instinto sexual es suprimido, excepto cuando sirve al objetivo de la reproducción; y un tercero en el cual solo la reproducción legítima es admitida como meta sexual. A este tercer estadio corresponde la moral sexual “civilizada” de la “actualidad”. (Freud, 1976b, p. 33)

El interés de esta cita no desaparece a pesar de la perspectiva mecánica que deja transparentar, en donde un modelo de moral sexual suprimiría al otro en forma radical. Sería más lógico suponer que estos se superpusieran, sin que se anulasen completamente, es decir, lo más probable es que haya ocurrido una sobreposición arqueológica de modos de producción de subjetividad relativas al sexo, aun cuando hubiera existido un discurso relativo a la moral dominante, aunque no exclusivo, como se podría deducir del texto citado.

Asimismo, esta constatación de Freud es preciosa para nuestros propósitos, principalmente, si a los tres estadios identificados, se agrega un cuarto modo de relacionarse sexualmente.

A saber: hay relación entre la moral sexual de los contemporáneos y el discurso políticamente correcto que viene siendo producido a lo largo del siglo XX, discurso sobre derechos civiles, sociales y políticos de los individuos y colectividades. Como se demostró, a pesar de la contradicción existente entre las buenas intenciones de este discurso y la crudeza del mundo de la economía y de la lucha por el poder, fueron creadas directrices morales referentes a la limitación de la libertad según el interés de los otros y, en gran medida, esta idea —la de respeto al otro— fue introyectada como una subjetividad dominante.

Ahora, este patrón ideológico (imaginario) es el fundamento sobre el cual se viene construyendo una nueva moral sexual, un cuarto modo posible de formas de relacionarse sexualmente. La regla sexual que domina en la actualidad presupone una relación entre sujetos y está fundada en contratos y compromisos establecidos con una cierta autonomía entre los pares. Son contratos limitados que se basan casi con exclusividad por el respeto al otro como sujeto. Por lo menos, así es en la mayoría de los países que adoptaron patrones de valores y comportamientos occidentales, como fue el caso de Brasil, es decir, este modo es dominante en casi todos los países que superaron herencias moralistas de carácter fundamentalista y adoptaron, en la práctica, normas de origen laico, influenciadas en sentido genérico por la lucha política emprendida por el liberalismo, el feminismo, el laborismo y la izquierda.

El tercer estadio descrito por Freud fue, por cierto, el modelo que predominó en la época victoriana. Sin embargo, con la progresiva extensión de los derechos a las mujeres, con la independencia de las naciones antes colonizadas y, en particular, con la revolución de las costumbres de la década de 1960, se generalizó un otro tipo de moral que reglamenta la sexualidad. Hoy, con mucha frecuencia, se admite sexo antes, durante y fuera del casamiento. Enamorados deseosos de conocerse, encuentros eventuales sin garantía de continuidad son ejemplos de situaciones en que un estilo más libre de sexo es admitido como normal.

No obstante, no hubo una liberación total y radical, un regreso al primer estadio descrito por Freud, en el que el deseo sexual se podría manifestar libremente. Aun hoy se imponen límites al deseo sexual y estos límites están demarcados por el interés del otro, y no necesariamente por alguna ceremonia de casamiento o por algún código preestablecido de procedimientos. Sin embargo, aún persisten prohibiciones y casi todas obedecen a la lógica del respeto al otro como compañero. No se admite sexo con niños, quienes no tendrían capacidad de discernimiento y, por lo tanto, de elección. No hay prohibiciones apriorísticas, a no ser aquellas impuestas por el deseo del otro. El estupro y la posesión sin consentimiento son considerados crímenes, actos

prohibidos. Existe en EEUU, e inclusive en Brasil, una penalización del asedio sexual. La utilización del poder o de cualquier tipo de fuerza —aun cuando no sea física— de obligar a la pareja al acto sexual es considerada condición de delito. El sexo, una relación entre sujetos, aun cuando uno consienta en permanecer pasivo, es una postura próxima a la de los objetos. Seducción y consentimiento, consentimiento y opresión, ¿cómo distinguirlo? De cualquier forma, esta parece ser la deuda moral sexual posmoderna.

Todo esto confirma la base fundamental sobre la cual se asienta el modo de producción de la subjetividad contemporánea: la relación sexual debiera darse entre sujetos competentes para administrar deseos según las conveniencias negociadas y acordadas entre los involucrados. No es que esta línea principista no sea violada constantemente, como también lo eran aquellas de los otros estadios citados por Freud. Sin embargo, se trata de una regla moral tan fuerte que fue introyectada en la constitución de un gran número de sujetos. Se transformó en subjetividad dominante un patrón sexual con gran influencia, primero, entre las vanguardias culturales y políticas y, después, ganando el sentido común. En realidad, las diversas posibilidades de violación constituyen el elenco de las perversiones y de crímenes sexuales de nuestra época.

También hoy, como antes, todavía se verifican discursos discordantes. La Iglesia católica continúa insistiendo en el retorno a la moral victoriana: el sexo solo como práctica reproductiva y dentro de la familia institucionalizada.

En conclusión, se destaca la existencia de un desgarramiento fundamental del sujeto contemporáneo. Se procuró demostrar la profunda divergencia que se estableció entre el modo concreto de vivir las relaciones económicas y las disputas por el poder; por un lado, situaciones que buscan reducir a las personas a la condición de objeto y, por otro, a pesar de la aparente contradicción, el hecho de reconocerse una moral sexual y —por qué no— también valores políticos asentados sobre el respeto a los derechos del otro, considerándolo como alguien con autonomía para construir su propia existencia en sociedad.

El desgarramiento no significa destrucción o desaparición del sujeto. Al contrario, existe un zigzaguo de los sujetos, movimiento oscilatorio y cambiante conforme los intereses y posibilidades en cada contexto. Son las dos vertientes dominantes en la constitución de la subjetividad contemporánea, dos fuerzas que producen vectores con distintas inclinaciones e imponen diferentes grados de atracción a las sociedades, las clases sociales, las agrupaciones y los individuos.

Por lo tanto, existe más de un sentido para las determinaciones e imposiciones que inciden en el imaginario, en la subjetividad, en la ideología o

sobre la cultura de las personas y, por lo tanto, hay esperanza, hay espacio para que se piensen movimientos distintos al del patrón dominante del individualismo egocéntrico. La organización solidaria de la sociedad no es solo una utopía abstracta. Es también esto. Mientras tanto, su construcción potencial se asienta sobre bases materiales y subjetivas bastante concretas, verificables.

## Debate acerca de algunas teorías sobre el sujeto

### *El modo de constitución del sujeto: una cuestión central para el método de la rueda*

La coproducción del sujeto es tributaria de tres lógicas: la del determinismo, la del azar y la del actuar deliberado. Tres líneas por donde se manifiesta la constitución del sujeto. De hecho, el sujeto es determinado por fuerzas internas y externas a él; sin embargo, la casualidad también interfiere alterando y modificando esas líneas de la constitución, y existe todavía la capacidad del sujeto de actuar o reaccionar contra esas fuerzas estructuradas u ocasionales, siempre según sean las múltiples y variadas combinaciones.

Estas tres lógicas, estos tres modos posibles de conformación de los sujetos fueron constituyendo, a lo largo de la historia, perspectivas epistemológicas distintas, cada una con explicaciones propias sobre los modos de constitución del sujeto, de las instituciones y de la sociedad.

Azar, determinismo e intencionalidad del sujeto. Las racionalidades fundadas en la noción del *azar* o en la del *determinismo* se apoyan en fundamentos trascendentes para explicar la producción de sujetos. Las escuelas que adoptan el actuar intencional como fundamento explicativo se asientan sobre la idea de la potente inmanencia del sujeto sobre el mundo. Más que abrazar de modo acrítico cualquiera de estas lógicas, el método de la rueda incorpora parte de sus argumentos para analizar la singularidad con que los sujetos se constituyen, transitan en el mundo y caminan entre los distintos planos y regiones existenciales.

Es una cinta de Moebius<sup>9</sup> con tres caras, que incorpora y trae a las otras dos dentro de la misma cara y siempre actúa dentro y en el sentido de modificar

---

<sup>9</sup> Lacan y varios de sus discípulos usaron esquemas gráficos para representar los fenómenos que se interpretaban. La cinta de Moebius fue una de ellas (Rudinesco, 1994).

a las otras dos. Al transformar las otras caras, de manera inevitable también reforma su propio modo de operar. Un caso ejemplar de un ente que es uno y, al mismo tiempo, múltiple; tres entes diferentes que no existen sin la confluencia de los otros. ¡Misterio terrestre de la *materialísima* trinidad!

La producción del sujeto es un proceso continuo y siempre inacabado, por lo que no hay identidad estable, incluso cuando haya en cada persona o colectivo una estabilidad relativa de algunos elementos, los procesos, las tendencias identificables como características de tal o cual sujeto.

¿Una teoría nueva sobre el sujeto, el método de la rueda? No. Tal vez apenas una tentativa de reciclaje del ser en el mundo. Sí, un poco de construcción después de tanta destrucción, de tamaña onda de deconstrucción de toda y cualquier razón, de todo y de cualquier proyecto y, por lo tanto, de toda y de cualquier esperanza de futuro mínimamente administrable. Una línea de reconstrucción, un medio materialista para repensar el ser en el mundo posmoderno. Una razón dialéctica sin síntesis trascendental, sin el compromiso de que se piense lo superior con el *status* de lo anterior.

### *El sujeto y el azar*

Existe una antinomia entre el sujeto y el azar. El azar reina en un mundo inesperado y cruel, y en el que prima la indeterminación. Si hubiera un control absoluto del sujeto sobre los fenómenos y las cosas, no habría azar. Tampoco habría azar si las cosas y fenómenos controlaran al sujeto de modo absoluto. Si estas suposiciones fueran verdaderas, el azar no tendría el poder de afectar a las personas y la sociedad. No obstante, los sujetos ni son Dios, ni una hoja de papel en blanco donde el destino escribe lo que bien entiende. De cualquier forma, anular los efectos del azar al máximo posible ha sido el desafío fáustico asumido por la modernidad.

El imperio absoluto de lo inesperado y de lo imprevisible es antagónico a la institución de la cultura. El ser de la cultura busca reducir su propia subordinación a los efectos desagregadores de eventos contingentes, pero que no son necesariamente inevitables. “Controlar las infidelidades del medio”, como diría Canguilhem, el respeto de la pretensión de la medicina de normalizar la vida (Canguilhem, 1982).

Dentro del movimiento denominado *posmoderno*, hay un endiosamiento de teorías fundadas en la noción del *azar*. Teorías que trasponen hacia lo social explicaciones conforme a la probabilidad estadística o los métodos matemáticos complejos al describir un mundo de encuentros fortuitos, aunque limitados a tal o cual universo de resultados. Cara o cruz, no se encuentra nada de

la presencia de la determinación histórico-estructural o de intencionalidad de algún sujeto. Suerte o azar. El hombre es comparado con moléculas y preso de un eterno movimiento browniano. Son las teorías sobre el caos pretendiendo transferir la racionalidad de la física a los dominios de la historia, de la sociología y de la psicología. Las variedades de las especies biológicas son aclaradas por la ocurrencia inesperada de mutaciones genéticas. Eventos fortuitos y aleatorios son invocados como explicación para dilucidar la personalidad de un ser o la historia de un pueblo (Da Costa, 1993; Delacampagne, 1997).

Los neonietzscheanos, al buscar un modelo que le dé soporte al irracionalismo básico que identifican en el ser humano, ¿no terminarán, también ellos, presos de la idea de que será imposible que se construya una explicación causal para el sujeto? La constitución del sujeto será indeterminada, independiente de la historia, de las estructuras y de los propios sujetos (Boyer *et al.*, 1993). Deleuze y Guattari con sus rizomas, máquinas, redes y niveles por donde circularían cosas, seres, informaciones y deseo, en el más completo grado de indeterminación, en alguna medida ¿no estarán, en el fondo, atribuyendo al azar también aquello que sucede en tal o cual evento? (Deleuze & Guattari, 1992, 1997).

Por último, existe una teoría de juegos para explicar y orientar la planificación de acciones humanas, ya sea en ambientes institucionales —más o menos complejos— o en la sociedad como un todo (Matus, 1993). No obstante, cuanto más cargada de subjetividad o de intersubjetividad sea la forma en que se desarrollan las relaciones humanas, menos se aproximará a la lógica de un juego de suerte y azar. Esto es porque hay juegos y juegos; existen aquellos en los cuales la posibilidad de intervención deliberada del sujeto es mínima, por ejemplo, el juego de dados, al mismo tiempo que hay otros juegos en los que la habilidad y el entrenamiento de los jugadores son decisivos, como el fútbol u otras competencias semejantes.

Edgar Allan Poe inventó una criatura que ganaba siempre en disputas en las cuales tenía que adivinar si se trataba de par o impar. Él sabía prever el esquema de elección de sus adversarios (Poe, 1996). Es un caso raro, fantástico, aunque en el límite de lo posible. De cualquier forma, se trataría de un ejemplo en el que un sujeto conseguiría intencionalmente anular el efecto del azar. Pues, para que esta capacidad existiera, se supone, primero, que sus adversarios siempre deberían emplear un esquema lógico y, por lo tanto, previsible, para escoger si esconden uno o dos dados; y, segundo, aquella criatura genial debería tener siempre la habilidad para descubrir esta lógica delante de la inhabilidad e ingenuidad de cada uno de sus contrincantes. Lacan quedó cautivado con este cuento. Esta criatura sería el analista ideal —con el supuesto de develar toda y cualquier estructura de significados— (Roudinesco, 1994).

De cualquier modo, se reconoce que el azar existe e influye, de mayor o menor manera, sobre la vida y la constitución de los sujetos humanos. Esto apenas contesta la pretensión de tomarlo como una explicación principal o exclusiva para fenómenos psicológicos o sociales.

### *El sujeto y el determinismo: el cero absoluto de autonomía*

La mayoría de las corrientes mencionadas —o que se dicen científicas— adoptan una racionalidad fundada en *determinismos* de varios órdenes. Por último, ¿qué es la ciencia positiva sino la búsqueda de fenómenos que se repiten con regularidad? El espacio en que todo estaría determinado es el espacio de la seguridad, de las normas, donde la afirmación de verdades con apariencia absoluta sería posible y deseable. Un mundo absolutamente determinado sería uno real, posible de ser conocido. Existiría lo desconocido, casi nunca lo imprevisto. Delirios del narciso cientista.

El proceso de determinación, una vez bien identificado y explicado, permitirá anticipar la producción de idénticos. Si la vida fuese un proceso estrictamente determinado, esto aseguraría un futuro previsible. En consecuencia, la intervención correctora o protectora, absolutamente correcta, se tornará, en teoría, en una cuestión de conocimiento previo. La utopía de que exista siempre una explicación es una terapéutica posible. La aplicación metódica facultará al sujeto descubrir una solución para cualquier problema. La identificación de determinantes estaría, en principio, al alcance del cerebro y, por lo tanto, con el tiempo, también al alcance de la mano. La identificación del desviante anormal sería una operación simple y factible. Los casos mal determinados o los indeterminados serían un desafío para la ciencia, apenas un espacio aun no conocido, un pedazo de no saber, solo eso. Todo problema será pasible de intervención correctora: terapias, prisiones, represiones, etc.

El sujeto como resultado de determinantes genéticos, estructurales o históricos. El sujeto está disperso en la prisión de un inconsciente soberano o de un superego hiperexigente. El sujeto está empañado por el origen de clase, o por el interés económico, o por las ideologías dominantes, o por los saberes, o por las instituciones. La ausencia de reflexión crítica y del actuar autónomo por parte del sujeto. El mundo es como una gran prisión, un inmenso manicomio, un aséptico hospital, un campo de concentración.

De cualquier forma, existe un sujeto sobredeterminado por instancias cuyo control, en general, huye al ámbito de influencia de este mismo sujeto. La vida traspasa al sujeto.

## *Instinto, determinación biológica, inconsciente y producción de sujetos*

El orden de lo biológico influye en toda la vida del sujeto, en algunos casos más que en otros. A una persona portadora de una deficiencia genética tan marcada como el síndrome de Down, por ejemplo, independiente de la historia social o individual de esta persona, el factor genético le impondrá una acentuada diferencia respecto de la mayoría. El ambiente familiar y social tendrá una influencia decisiva sobre su modo de vivir, pero esta persona siempre estará marcada, de manera irremediable, por una distinción predefinida por lo biológico.

En otro caso, con una determinación genética que predisponga a un individuo a tal o cual enfermedad, la relación de este ser humano con la vida será fundamental para el desarrollo o no de aquella característica hereditaria.

En este sentido, se equivocan todos aquellos que intentan construir explicaciones para el comportamiento humano basados —con exclusividad o en principio— en el funcionamiento de lo genético o de la química cerebral. Mientras que el cerebro esté funcionando dentro de ciertas condiciones en un término medio —y la mayoría de las personas, durante la mayor parte de su vida, tenga una capacidad cerebral media— lo importante será lo que cada persona haga con su cerebro y, también, lo que la sociedad haga con el cerebro de este individuo. La mayor parte de la vida afectiva, emocional, interpretativa y creativa de los humanos es el resultado del aprendizaje social, aprendizaje producido por la convivencia, que redundará en la producción de saberes, conscientes o inconscientes, en el transcurso de procesos formales o informales de formación o de educación (Van der Veer & Valsiner, 1996; Damásio, 1996).

Existe una confusión conceptual entre *instinto*, *pulsión* e *inconsciente*. Los organicistas (defensores del determinismo biológico) tienden a ampliar la influencia del instinto. Usan de manera indistinta el término *instinto* para referirse a cualquier pulsión inconsciente o preconscious. Así, todo el comportamiento sexual de un pueblo será atribuible al instinto, donde habría poco o casi nada de cultural. El homosexualismo será adjudicado a tal o cual conformación cerebral o genética y no a tal o cual historia de vida del sujeto humano.

Un comportamiento criminal aberrante y bárbaro será, de igual manera, explicado por el instinto innato, por la violencia de los humanos y por el sitio genético o la localización cerebral en donde se localizaría la estructura bioquímica esclarecedora de la violencia (Spinelli, 1998). A pesar del equívoco básico de ese biologicismo, en cierta medida, la infraestructura biológica de un ser también contribuye para crear su modo de existencia. Sin duda, determinadas personas realmente tienen umbrales biológicos diferenciados de

tolerancia a la agresión. En este caso, tenderán a reaccionar de forma distinta ante estímulos ambientales o sociales. No obstante, será importante destacar que umbrales distintos de tolerancia a la agresión son también, y hasta se podría afirmar son, en principio, el producto de determinada construcción psicosocial del sujeto, aunque con mayor o menor tendencia biológica innata al descontrol o mayor o menor dificultad en trabajar las propias reacciones. La historia psicosocial de las personas y, en consecuencia, intervenciones deliberadas para rehabilitar a estos portadores de dificultades innatas podrán servirle ya sea como manto protector de las deficiencias de lo biológico o, al contrario, como un estímulo que liberará y potenciará la agresividad.

En conclusión, el descubrimiento de una cierta *falla* orgánica, estructural o funcional, en los esquizofrénicos, por ejemplo, no cambiará el hecho de que, además del apoyo farmacológico del cual se podrían beneficiar este tipo de pacientes, continuarán necesitando de una rehabilitación psicosocial crónica —con intensidad diferenciada conforme la fase existencial de cada uno pero, sin lugar a dudas, por casi toda la extensión de sus vidas— intentando compensar la dificultad adicional de vivir la vida que su condición les impone.

En este sentido, lo mismo ocurre con los diabéticos. El hecho de que la mayoría de estos pacientes presente una lesión orgánica muy bien localizada no reduce la influencia de lo social sobre estas personas. El conocimiento detallado del proceso fisiopatológico generador de la diabetes tampoco limita el proyecto terapéutico de los portadores de esta molestia a una tecnología de reposición de la hormona faltante o del órgano lesionado. Al contrario, se prescribe para los diabéticos un modelo de asistencia a la salud bien amplia, con apoyo multiprofesional y el abordaje simultáneo del ser biológico, psíquico y social, en tanto es alguien que debería cultivar hábitos saludables, obedecer las reglas especiales y que necesitará de trabajo, locomoción, etc., conforme sea su condición específica.

Lo instintivo en el ser humano es compensado por la cultura. Interactúa con lo social y se modifica, se amplía y toma otras formas de manifestación. Nietzsche prácticamente consideró equivalente el instinto a la pulsión. El ser dionisiaco, para él, era un ser del instinto, alguien que no temiera las propias pulsiones, que escapara al imperio de la racionalidad vigente en las instituciones (Nietzsche, 1987).

Freud precisó mejor estos conceptos, demostrando que el inconsciente es mucho más de lo que es el campo instintivo de la especie humana (Maura, 1995). En Freud, las pulsiones inconscientes no pueden ser igualadas a las pulsiones instintivas. La superposición no es completa. Hay, sin duda, pulsiones instintivas primitivas y semejantes en casi toda la especie humana

(la posibilidad de variación es solo de orden biológico o de tipo genético, mutación), pero estas son ampliadas, modificadas, recubiertas, alteradas o desviadas por la historia de la formación de la subjetividad de cada sujeto. Además, nuevas pulsiones estarán incrementando a aquellas primeras ligadas, casi exclusivamente, al instinto de la especie.

Toda esta digresión es para destacar que el campo de determinación del inconsciente no está recubierto completamente por el campo de determinación de lo biológico. Lo biológico marca un campo de potencialidades que el sujeto humano puede recorrer, pero delimita un campo más amplio, y la ocupación de este campo es siempre la historia del sujeto y de su época. Además de marcar un campo, lo biológico impone también ciertos movimientos típicos de la especie —instintivos—, no obstante, se destaca que este mundo del instinto, a pesar de imponer comportamientos básicos, por sí solo nunca será capaz de producir cambios de carácter o de personalidad. El sujeto se constituye más allá de lo inducido por lo biológico, pero no más allá de los límites de su biología. Al apoyarse sobre su potencial genético, también se distingue por la diferente movilización de este potencial básico.

El sujeto resulta, entonces, de lo que cada época y cada individuo consigue hacer a partir de la materia prima que la naturaleza organizó y continuará reorganizando a lo largo de toda la existencia del sujeto, la capacidad de análisis y de intervención.

Hay diferencias importantes entre el comportamiento instintivo de los animales y el reflexivo de los seres humanos. La posibilidad de reflexión, el carácter polimorfo del deseo (dado por su producción cultural y social) y la capacidad de proyectar (la producción resultante del imaginario colectivo) crean toda una diferencia entre la sociedad humana y otras que se mueven por medio de la retroalimentación. Los sujetos se valen de retroalimentación para adaptarse a las circunstancias, pero también buscan otras informaciones, modifican las circunstancias en sentido distinto a lo inducido por la retroalimentación (*feedback*) y hasta cambian de sistemas sin previo aviso. Son voluntad e intención: deseo e imaginación, aunque limitados.

Hay formas creativas de naturalización de lo social, algunas con visión dinámica y constructivista de la realidad. No obstante, el proceso de producción de lo nuevo por las agrupaciones humanas no siempre tiene el carácter adaptativo. Al contrario, el ser humano se ha caracterizado también por la rebeldía a la naturaleza y a la sociedad, es decir, por el rechazo en reconocer y en respetar los límites de la potencialidad de su propio cuerpo, de su cultura y de su propia colectividad, lo que está demostrado tanto por la habilidad de inventar y de utilizar instrumentos inexistentes como también

por la capacidad de incorporar recursos externos (de fuera para adentro) para organizar nuevos estilos de vida (Rolnik, 1995).

En reacción al invierno que los mataría, además de migrar como los patos, los humanos inventaron el vestuario. Construyen un no invierno con el abrigo a sus cuerpos y después otro no invierno en el interior de sus viviendas. Esta es una diferencia importante y también atribuible, sin embargo, a algunos animales más evolucionados en la escala zoológica. Las aves construyen nidos y los monos utilizan lianas para movilizarse. Les falta, no obstante, “una capacidad reflexiva sistemática”, conforme afirmaba Vygotsky (Van de Veer & Val-siner, 1996). Marx mencionaba la diferencia entre la abeja y el hombre-constructor. Él hacía mención a la capacidad de proyección, a la capacidad de anticipar dificultades y de reconocer problemas antes de que ellos afectaran una forma de actuar; todo esto permitiría al ser humano modificar los modos pasados de construir una vivienda e inventar lo nuevo, ya sea a partir de una experiencia y de estructuras preexistentes como de una *nada*. Por un lado, eso le permitiría eludir obstáculos pero, por otro lado, tomar en consideración objetivos que ni siquiera antes habían sido vistos o imaginados. Un enjambre de abejas gira alrededor de algunas dificultades; frente a algo que nunca había visto, siempre se procede con correcciones *a posteriori*; solamente consigue actuar dentro de cierto automatismo del tipo estímulo-respuesta ante variaciones del medioambiente.

En el proyecto humano, se insinúa una variedad de objetivos mucho más amplia de la que está presente en el hacer teleológico de los animales. Los animales a parecen como si fueran monoteleológicos (sobrevivencia del individuo y de la especie); los humanos también se prenden a la teleología, pero la subliman distorsionándola en mil y un caminos. Es la plasticidad del deseo donde además de la sobrevivencia se agregan valores y multiplican deseos básicos en complejas redes de objetivos. Una casa proyectada, además del confort, tendrá que ser hermosa y significar algo para el arquitecto que la proyectó, rendir dividendos para el constructor que hizo el emprendimiento y atender la aspiración de abrigo y de usufructo estético de los seres que van a habitarla, etc.

Los animales, en caso de escasez, compiten por el alimento; el hombre aprendió, además de la producción directa de alimentos, también a planificar con anticipación una destrucción potencialmente simultánea con otra. Son diferencias de calidad y no solo de cantidad o de complejidad.

## *El sujeto y la institución*

Para el determinismo histórico y social solo existirían sujetos instituidos. El sujeto será siempre igual al sujeto socialmente producido por las instituciones. En cierta medida, no hay un sujeto constituido fuera de las instituciones, es decir, inmune a lo social.

Sin embargo, hay posibilidades de fuga de la ordenación, en apariencia absoluta, de lo instituido. Conviene insistir: siempre es una fuga relativa. No hay un sujeto fuera de lo social y, por lo tanto, libre de las instituciones. Con todo, existen graduaciones en las relaciones entre sujetos e instituciones. Hay sujetos destituidos, lanzados al margen de los principales flujos de la sociedad, aun cuando no estén completamente excluidos, pero sí privados de derechos, deberes y de casi toda la vida social. Legión de semiexcluidos vagan por las calles de las grandes metrópolis. Existen figuras excepcionales, casos esporádicos, raros, de renuncia a la convivencia social: *hippies*, santos, locos, unos pocos. Se encuentran, por último, sujetos con potencialidad para entrar y salir de las instituciones, se valen de ellas como instrumentos, o como obras, más de lo que las mismas instituciones se aprovechan de ellos. Son combinaciones entre integración social y misantropía, entre dependencia y autonomía.

Se podría inventar una tipología al nombrarse a estos extremos: se encontrará el sujeto instituido, el sujeto casi destituido y el sujeto instituyente. El sujeto instituido está preso de valores trascendentes y fijado a planos (niveles) externos a él mismo; es impotente para escapar a la serialidad, es dominado por su propio superyó y por los valores de las instituciones a la que se vincula. Ese *tipo ideal* no existe con la pureza con que fue descrito. Nadie es absolutamente impotente, prisionero del comportamiento previsible y repetitivo. El hombre absolutamente instituido no existe. Podrá tener hasta el deseo de entregarse por completo y la ilusión de una pertenencia completa a una institución total. Este sentimiento, no obstante, es falso y estas promesas son vanas promesas de seguridad. Falsas promesas de vida eterna, gracias al sacrificio y muerte del sujeto. Culto de la muerte por miedo a la muerte. Preservación de la vida por la momificación del sujeto. Sueño conservador, delirio autoritario. Es el objetivo del polo vertical de cualquier institución u organización. La reproducción colocada delante de la necesidad amenazadora de la producción de lo nuevo. El miedo al mundo exterior, de aquello de estar afuera, terminando con la prohibición a los sujetos que circulan libres. Prohibición de ir y venir. Lo de adentro es adentro, y lo de afuera es afuera, para siempre. Mientras tanto, esta es una situación paranoica idealizada. Lo de adentro nunca será impermeable a lo de afuera y lo que está adentro nunca escapará al contacto con los múltiples afueras. Las cosas y las personas están

en relación permanente, aun cuando el proyecto institucional tenga una orientación claramente volcada hacia la reproducción.

Reproducción al mismo costo que la renovación de energía, de la materia y de los sujetos implica, por lo tanto, introducir movimiento, contactos con el medio y la restauración de posibilidades del nuevo aparecer de adentro de lo mismo que no se consiguió mantener inalterado. No hay un sujeto completamente instituido por más encuadrado que él pueda estar en una situación dada. Siempre existirán brechas, fisuras y flujos irreprimibles.

También es otra mentira práctica, el sujeto totalmente destituido o excluido. Polaridad posible solo en teoría, porque siempre, en alguna medida, todos sufrirán la acción de alguna institución y, en consecuencia, en todos los individuos se forma algún tipo, aunque sea muy débil, de superyó, de constelación de valores y de un imaginario. Hay una legión de destituidos, de personas con pequeñas vivencias en instituciones, con el mínimo de convivencia solidaria o democrática, personas que pasan la mayor parte de la vida entre el caos y el abandono: familias desestructuradas, aislamiento social, desempleo, expulsión de la escuela y siendo las calles casi como el único espacio público, la calle como estructurante. De ahí, de estos lugares de paso, muchos caen bajo la coacción de instituciones totales, como prisiones, orfanatos, asilos. En ambas situaciones —la de la retracción de los espacios públicos y la de las instituciones totales—, las oportunidades de producción de un sujeto crítico son pequeñas, no inexistentes, pero pequeñas.

De cualquier forma, ¿qué sujetos serán estos? Esto sería el tema para otra investigación. Aquí, tan solo se pretende señalar que los mecanismos de producción de subjetividad para las personas sometidas a este abandono son peculiares y de resultados imprevisibles.

Se refuerza, por lo tanto, la pregunta reiterada a lo largo de todo este texto: ¿es posible imaginarse instituciones formadoras o productoras de sujetos críticos, con capacidad de análisis y de inventar nuevos modos de andar en la vida?, ¿sería posible pensar en la constitución de un sujeto con autonomía sin la convivencia con los espacios públicos, espacios construidos y defendidos por ellos mismos?

Por último, ¿existe un sujeto desalienado?, ¿sería sustentable esa posición desde una perspectiva humana? Obvio que no hay un ser del todo lúcido. Todo ser humano es tributario de alguna ceguera, de algún no saber o de algún descompromiso con el principio de la realidad. No obstante, junto con Sócrates, Marx, Freud y Vygotsky, y tantos otros, el método de la rueda trabaja siempre con la perspectiva de que seres menos alienados o con mayor

capacidad analítica o reflexiva serán, potencialmente, más capaces de construir la felicidad humana.

Entonces, el método de la rueda opera con grados o con coeficientes de desalienación o de análisis posible. Desalienarse en un grado suficiente para no perderse en la determinación absoluta de lo instituido o de lo pasado; o, tampoco, en el caos de la destitución completa, lugar en que lo humano equivaldría a una partícula indescifrable.

### *Lo imprevisible del sujeto finito*

Para el pensamiento lógico cualquier sistema finito tiene posibilidades finitas de movimiento. En estos casos, es posible prever la probabilidad de movimiento o de cambio, ya que no sería imposible describir, con detalles, los componentes de cada sistema, aun cuando esto implique una lista con billones de situaciones posibles. Una computadora podrá calcular los millones de movidas posibles en un tablero de ajedrez, un número mayor que los lances descritos en los manuales. Los jugadores siempre podrán descubrir nuevos movimientos; nunca, sin embargo, en un número superior a lo previsto por las matemáticas. En teoría, el ajedrez es un juego de jugadas finitas. Son tantas y tan diversas las alternativas que hasta se llega a creer en la apariencia de un juego inteligente, que soportaría una infinita creatividad. Para el cálculo matemático, no obstante, siempre se podrá inventar ecuaciones que *expliquen* el sistema.

Pues bien, cuando el ser humano entra a cuestionar esta racionalidad no funciona. Los sujetos exploran los tableros e inventan nuevas posibilidades de movidas jamás previstas en el juego. Solo en esquemas abstractos se estaría autorizado a hablar sobre previsibilidades del comportamiento humano, sea este social o individual.

La epidemiología, por ejemplo, trabaja con el concepto de *riesgo* para orientar medidas clínicas o de salud pública. El *marketing* anticipa, por medio de encuestas de opinión y de la observación del mercado, la tendencia del consumo de las personas. Los políticos hacen previsiones sobre la reacción de los electores, sobre movimientos sociales y sobre la satisfacción de los ciudadanos frente a medidas gubernamentales. Los psicólogos clasifican a las personas según los atributos que les marcarían tendencias de comportamientos futuros: psicóticos, depresivos, espontáneos, líderes, etc.

En todos estos casos, ya sea cuando se utilicen métodos estadísticos u otros procedimientos cualitativos, el concepto básico que autoriza estas previsiones es el de la *serie histórica*. Se parte del presupuesto de que habría una

tendencia *compulsiva* a que los sujetos repitieran lo pasado. Sin este presupuesto, todos aquellos cálculos no tendrán sentido y cualquier previsibilidad de comportamiento sería imposible.

En gran medida, se acostumbra a reproducir los modos de vivir durante años y años como comportamientos arraigados que no se alteran de la noche a la mañana, por lo cual estas anticipaciones tienen algún sentido y, de hecho, orientan la acción de profesionales, movimientos, partidos, etc. Por lo tanto, tiene sentido la epidemiología, el diagnóstico psicológico, la pesquisa de opinión y los estudios culturales.

Sin embargo, cuando los seres humanos —apoyándose en su capacidad de imaginar— ejercitan la creación y la improvisación, se rompe esa racionalidad. El ser humano es un sistema finito, pero a pesar de esto es también —dentro de cierto límite— imprevisible. Es finito porque ningún sujeto o sociedad puede todo. La muerte es un límite, todo hombre es mortal. Esto es previsible. Ahora, ¿cómo se podría prever que Deleuze se tirara de un quinto piso de un edificio a los setenta años, sofocado por un enfisema pulmonar crónico?; ¿el médico que lo trataba?; ¿algún analista que por ventura lo siguiera?; ¿algún amigo que lo conociese?; ¿o hasta él mismo algunos meses antes de este desenlace?; ¿quién podría prever el modo de actuar del filósofo frente a un final doloroso y sin esperanza? Imposible.

El socialismo real, ¿quién imaginó que la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas se transformaría en un país caótico y empobrecido al fin del milenio? Ni los mayores detractores y adversarios del comunismo soñarán conseguir tanto en tan poco tiempo.

La creación social o individual es un acto que desafía la lógica de la serie histórica y que rompe con la racionalidad y la organización instituida. El sistema después de nuevo será siempre otro sistema, y lo nuevo, si bien puede ser calculado y planificado, será apenas un pálido reflejo de lo viejo o de lo pasado. El reflejo está tan alterado que el ente será otro.

Entonces, a pesar de lo finito, el hombre en muchas ocasiones es imprevisible. La previsibilidad es el transcurrir de lo mismo, siempre que lo diferente se insinúa, se rompen las redes de la determinación y los flujos de influencia.

Françoise Dolto señaló este carácter fugaz de la realidad, y la capacidad humana de estar siempre reconstruyendo el orden precedente, supuesto como real, cuando escribió: “Lo real es el sentido que no esperábamos y que de repente tiene sentido” (Dolto, 1998).

No es exclusivamente en la creación artística que ocurre este tipo de quiebre y de reconstrucción. En la vida doméstica, en el trabajo y en los espacios públicos son frecuentes las circunstancias que transbordan lo

esperado, que se confrontan con la experiencia previa; son, en fin, situaciones que rompen con el orden inscrito en el pasado.

Los clínicos afirman que, en cierto sentido, cada caso será un caso diferente de todos los demás. Foucault llamó la atención al hecho de que cada epidemia sería una epidemia distinta de las otras que la antecedieron con igual nombre (Foucault, 1979).

El saber rodea estas dificultades al inventar supuestos tipos ideales y construir ontologías abstractas de seres fabricados con la intención de captar alguna regularidad. Así, los médicos y psicólogos hablan sobre dolencias en calidad de entidades que tomarán en cuenta a los individuos singulares que siempre se enfermarán, al mismo tiempo, de manera diferente y semejante a los demás seres que padecen la misma enfermedad. Los sanitaristas hacen lo mismo con las epidemias y los sociólogos con las demandas sociales y los movimientos políticos y los administradores con la cultura institucional.

Sin embargo, como a pesar de las repeticiones y de las analogías, en el fondo, cada caso de estos es también un nuevo caso; los analistas y operadores del mundo están condenados a la necesidad de ser creativos. Están prisioneros de la improvisación y de la experimentación antes de transformarse en el nuevo hacer con reglas y normas que se suponen seguras para el proceder futuro.

Es esto: cada nuevo modelo teórico inventado durará hasta la primera falla, hasta el primer error, hasta la primera protesta; en ese caso, al enfrentarse de nuevo ante lo desconocido, ante lo incierto, los hombres estarán obligados a dar pasos en la oscuridad de lo no sabido porque, en la realidad, estarán tratando de algo que antes nunca les había acontecido.

El sujeto finito, pero imprevisible. El sujeto imprevisible, pero lo es de un modo en el que se puede lidiar (con método) con la imprevisibilidad del método. “La historia, un ángel de espaldas hacia el futuro”, conforme profetizó Walter Benjamin. Caminando hacia adelante, siempre de modo que el retorno sea imposible para el sujeto. No la revolución; esta es necesaria. Solo volver es imposible.

### *La intencionalidad y la praxis de los sujetos*

Entre las escuelas que valorizan el hacer intencional, se inscriben varios de los estilos de idealismo que la humanidad ya experimentó. El modelo religioso ha inspirado una explicación para la producción social: la suposición de un

sujeto sagrado, dios todopoderoso, que construye (representado con autonomía) el mundo y los seres que lo habitan.

Como las diferentes modalidades de subjetivismo no pudieron ignorar lo real, han operado con la idea de un sujeto trascendente. Los que critican el objetivismo le atribuyen al sujeto una capacidad de significar y de dar sentido al mundo casi independiente de la realidad: inmanencia absoluta. Así, entre sus teóricos, muchos adhieren a un relativismo impúdico, ya que todo sentido y significado será elaborado por el sujeto, teniendo como referencia su propia singularidad y no necesariamente la realidad (Delacampagne, 1997).

El concepto de *existencia* fue acuñado dentro de este contexto. Edmund Husserl, Martin Heidegger, Sartre, entre otros —aun teniendo diferencias importantes entre ellos— lanzaron una nueva luz sobre el ser, reconstruyeron la noción de *libertad*, de ser de la praxis, del hacer con una anticipación más o menos calculada, de ser sujeto u hombre elaborador de proyectos. Caminos interesantes, sin duda. Sin embargo, la libertad, muchas veces, aparece dependiendo principalmente de instancias internas al ser (Merleau-Ponty, 1990; Sartre, 1987; Ricoeur, 1990). Este punto merece una reflexión cuidadosa que sobrepasa la capacidad del autor y también de este trabajo. De cualquier forma, vale la pena esbozar algunas contraposiciones sobre el tema de la autonomía de los sujetos.

Lacan se refirió al conflicto del sujeto preso del deseo o del superyó cuando comparó la idea kantiana, su *imperativo categórico* moral, con la obligación al gozo defendido por la filosofía de Sade. El marqués, por quien Lacan parece tomar partido, había reconocido la subordinación del sujeto a las de su deseo; ya el filósofo alemán se había perdido al imaginar un hipersujeto dotado de autonomía y de fortaleza moral para decir “no” al deseo (Roudinesco, 1994).

Al contrario de Lacan —que acabó tomando partido a favor del deseo—, tal vez sea conveniente que se reconozca la dificultad de escapar al dilema de hierro de estos dos polos. Con certeza, el análisis de esa polaridad gana cuando el método empleado es el de la *dialéctica negativa*, conforme al concepto de Theodor Adorno, que implica que ninguno de los polos será superado por el otro. Relación tensa en la que todas las síntesis tendrán mucho más el carácter de compromiso que el de superación de las contradicciones existentes (Jameson, 1997).

En realidad, la constitución del sujeto ocurre en forma indirecta, con zigzaguees, algunos compulsivos y otros deliberados, que cada uno sufre o realiza por impulso propio. El sujeto va haciendo zigzag entre el determinismo biológico, el deseo y el interés y, además, entre las imposiciones sociales que resultan de las necesidades o de las propias instituciones. La habilidad existencial de aquellos capaces de reflexión y de alguna práctica

productiva tal vez esté situada exactamente en la posibilidad de lidiar con la dilaceración entre el deseo, la moral vigente y las imposiciones de la realidad. Sí, nunca escapar, pero tampoco hay que dejarse aprisionar por estas polaridades, una polaridad multidimensional, siendo el sujeto un recorte singular de esas dimensiones. Esto es si consideramos al sujeto como un ser concreto y no solo un pasaje, un flujo entre cada una de estas dimensiones.

En el prefacio de *El capital: crítica de la economía política* y en *Grundrisse*, Marx hablaba del sujeto como un educador de sí mismo y de los otros, alguien que si bien se está educando en el presente, está constreñido por las limitaciones impuestas por el pasado histórico; no obstante, es alguien con posibilidad de imaginar medios para circundar dichas limitaciones e intentar construir un futuro distinto, nuevo (Marx, 1985a, 1985b).

La posibilidad de lo nuevo creado a partir de la acción de los hombres deriva de su capacidad para dar a conocer esta coacción, y, por lo tanto, descubrir las necesidades indispensables para promover cambios en cada época específica, pero sin jamás tener acceso a sus propias utopías y objetivos (Gramsci, 1978).

La desalienación resultará de esta capacidad de delirio racional, del sueño consciente y planificado, o sea, de imaginar lo diferente, el cambio, sin desconocer las dificultades y los obstáculos para hacerlo. Lo esencial de un buen proyecto estará en sugerir líneas de acción que aproximen deseos y necesidades sociales a la realidad concreta.

Para Castoriadis el saber y la praxis de los humanos, un bien como el de sus instituciones, siempre estará tensionado entre los componentes *funcionales* e *imaginarios*. “La institución es una red simbólica, socialmente sancionada, donde se combinan en proporciones y relaciones variadas un componente funcional y uno imaginario” (Castoriadis, 1982). Para este autor, Marx reconocía la fuerza creativa de los valores culturales, morales e ideológicos, y destacaba el poder creativo de las personas y de las sociedades: “Marx sabía que el Apelo de Delfos era en la vida de los griegos una fuerza tan real como otra cualquiera” (Castoriadis, 1982). Sin embargo, Castoriadis criticaba el modo limitado en el que Marx definía el papel de lo imaginario en los cambios sociales y también en el mantenimiento de las instituciones. Según él, Marx operaba con lo imaginario de modo “funcional, como un eslabón no económico en la cadena económica”, cuando el imaginario sería algo más radical, una capacidad humana de sobrepasar lo establecido, lo instituido, de necesitar de algo distinto de lo que antes se necesitase y de desear objetos que antes ni siquiera fueran imaginados (Castoriadis, 1982).

Tal vez por esto el marxismo define a la libertad como “la conciencia de la necesidad”, es decir, la libertad del sujeto estaría en el conocimiento que

este haya adquirido respecto de las imposiciones *necesarias* del contexto. En verdad, esta concepción restringe las posibilidades de acción autónoma del sujeto, lo que contribuye al modo pragmático y determinístico con que los movimientos y partidos actúan inspirados por esta concepción. Sin duda, conocer restricciones a la acción y anticipar tendencias de desarrollo de un proceso son condiciones básicas para la libertad del sujeto: básicas, pero no suficientes.

¿Qué será lo realmente necesario además de esto?; ¿qué es lo que estará realmente determinado? Tener una certeza real en relación con estas cuestiones es casi imposible. El azar modifica lo necesario. El sujeto construyó y deconstruyó necesidades durante todo el tiempo. Los sujetos sustentan necesidades caducas y concretan deseos impensables. Así ha sido. ¿Existe, de hecho, una producción social de imaginarios?; ¿es real la posibilidad de que se produzcan subjetividades distintas y hasta contrarias a la tendencia hegemónica?

En particular, con Lacan, el freudismo construyó una perspectiva *pesimista* en relación con la autonomía y la posibilidad de acción deliberada del sujeto. Lacan llegó a mencionar que la libertad era la conciencia, pero que lo que está sujeto a las estructuras es lo que lo dominará irremediabilmente (Roudinesco, 1994; Dor, 1989).

Como en el caso del marxismo, se supone la existencia de líneas de determinismo estructural y la libertad que restaría al ser, ¿será el refugio de conocer sus propias cadenas?; ¿para conformarlas o destruirlas?; ¿según un tiempo siempre liberado para el mañana? Ser del saber, por lo tanto, más del ser de la praxis. ¿La libertad será la conciencia de las necesidades, o la autonomía, el saber producido durante el tratamiento analítico?

Repensar la autonomía y la capacidad de intervención exige una crítica a estas hipótesis. Un debate fraterno que no deja de ser crítico. Tal vez sea un comienzo entrever la autonomía como un hacer reflexivo, como una práctica que se analiza. Colocar a Heidegger y a Marx en el mismo capítulo; así como a Freud, Sartre y Vygotsky, y construir métodos para analizar y orientar la acción institucional, las prácticas profesionales y las políticas. Tal vez...

En este sentido, el sujeto está inmerso en tres esferas: la del azar, la de la determinación y la del actuar intencional. No obstante, tal como lo defendieron los fenomenólogos, el sujeto, a partir de algo intencional, consigue *insubordinarse* contra su medio, su historia y también contra su biografía. Si se admite que la libertad es apenas un reconocimiento de límites, o tan solo saber sobre las necesidades, o nada más que el análisis sobre los condicionantes estructurales, ¿cómo le será dado, entonces, al sujeto el *negociar*, *engañar* o, asimismo, *pelear* contra sus determinantes o contra el azar?

Debido al predominio del azar o a cualquier otro tipo de determinismo, el resultado será siempre el mismo: la supresión o disminución de los coeficientes de libertad y autonomía y, por lo tanto, la alienación de la voluntad del sujeto. Sin embargo, el hacer intencional depende de algún análisis previo, aunque intuitivo, desordenado y espontáneo. Es decir, no existe la espontaneidad pura o la intuición sin una cierta dosis de experiencia previa, ya debidamente analizada. De nuevo, entre la acción planificada y espontánea, entre el raciocinio estructurado y la intuición mágica, no hay discontinuidad, pero sí grados o maneras contiguas de saber y de hacer. Son polos interdigitados y bajo influencias mutuas.

Lo que Heidegger escribió sobre la libertad, esto es que el saber sobre el mundo sería condición y señal de libertad, tiene algún punto de contacto con la visión psicoanalítica y marxista. Marx imaginaba que el sujeto se desalienaba en la medida en que orientara su práctica con un método científico de lectura de la realidad. Tal vez, en Heidegger haya, al contrario, la sugestión de una postura desarmada delante del mundo:

La libertad no es solo aquello que el sentido común hace circular con facilidad bajo tal nombre: la veleidad que de vez en cuando se manifiesta en nosotros, que oscilamos en nuestra elección ora para este, o para el otro extremo. La libertad tampoco es la ausencia pura y simple de insatisfacción relativa a las de nuestras posibilidades de acción o inacción. La libertad tampoco consiste solo en la disponibilidad para una exigencia o una necesidad (y, por lo tanto, para un ente cualquiera). Antes de todo esto (antes de la libertad “negativa” o “positiva”), libertad es el abandono al esclarecimiento del ente como tal. (Heidegger, 1996)

Este filósofo tan inhábil para lidiar con la libertad en cuanto un hecho concreto incrementa en este párrafo citado un criterio valioso para poner en práctica la libertad: el *revelamiento* del ente por la apertura del sujeto frente a aquello que se pretende conocer. En cierto sentido, si quisiéramos discutir con este concepto de *apertura* o de *abandono* del sujeto delante del ente de forma madura y no idealista, cabría reconocer la necesidad del sujeto, reconocer todo y cualquier tipo de coacción puesto con anterioridad entre él y el ente, entre el sujeto y el propio conocimiento, entre el sujeto y el mundo. Reconocer, avalar y después lidiar con las determinaciones internas y externas a él, o sea, operar existencialmente con estas realidades.

La *cadena de significantes* lacaniana (Dor, 1989), en que un signo ya dado induciría automáticamente la secuencia de otros significantes, debiera ser detenida o interrumpida por el sujeto aspirante a cierto coeficiente de

libertad. Este sería, tal vez, un sentido para el *revelamiento* heideggeriano. La posibilidad de no prenderse a la cadena de significantes. ¿Conseguirá un médico creyente en lo positivo de su saber saltar de las presiones del discurso clínico (biomédico) delante de la persona enferma, superar los límites de la institución médica y percibir a su paciente como un todo dotado de subjetividad y de sociabilidad?; ¿conseguirá esto mismo sin antes negar y destruir toda la estructura del saber que lo aprisiona, sin reconstruir una nueva práctica clínica que integrase el ente enfermo al saber médico?; ¿esta *revelación* podría ser instrumentalizada y colocada a disposición del común de los mortales?; ¿podríamos pertenecer a una estructura determinante (el mirar, el método de análisis, etc.) de comportamientos y de deseos estereotipados y ser, a su vez, abiertos a lo nuevo, a lo contradictorio, a la improvisación y a la creación de los nuevos modos de divisar y de proceder?

La libertad, por lo tanto, dependería de un cúmulo de condiciones: por un lado, de la apertura hacia el mundo (hacia el otro, hacia el extraño), la capacidad de extrañamiento delante de lo inesperado y, más aun, delante de lo esperado, de lo cotidiano, de lo que se repite, y que se presenta como natural o dominante y poderoso; por el otro, de conocer los determinantes —tal como lo establecen los estructuralistas—, conservar las habilidades y disposición para enfrentar el azar, lo inesperado, e intervenir y actuar, la praxis sometida a la reflexión crítica. ¡Encontrar el método para tal empresa!

Es difícil que, desde un cierto espacio situado dentro de la esfera de la intencionalidad, un sujeto pueda coproducirse, ser apenas un trozo de él mismo, tan solo apoyado en una parte de sí mismo, que pueda levantarse para mover pedazos del mundo externo. La libertad de acción es siempre parcial y relativa a un conjunto de coacciones. De ahí la conveniencia de que se trabaje con grados o con coeficientes de libertad o de autonomía; operar con la noción del factor *libertad*, o sea, como “condición o circunstancia que contribuye para un fin dado o resultado” (Buarque de Holanda, 1996). El factor *ejercicio de autonomía* será uno de los elementos constitutivos de los sujetos.

En verdad, habrá siempre una distancia, un hiato, un vacío entre el saber y el hacer. Un gran número de filósofos ya expresaron la imposibilidad del conocimiento de representar la totalidad de lo real. Hablan con aproximaciones, con estar conforme, etc. Si existe este obstáculo epistemológico entre el ser y el saber sobre el mundo, mayor distancia hay aun cuando el ser trata de actuar de manera deliberada e intenta implementar algún cambio sobre su modo de ser o sobre las determinaciones que lo constriñen y lo definen. En este caso, siempre estaremos viajando hacia un futuro desconocido.

No hay manera de construir certezas cartesianas con respecto a cualquier práctica, ya sea ordenada por planos, proyectos o, también, por intenciones conscientes. A pesar de esto, existe un término de comparación posible: establecer analogías con otras experiencias transcurridas en contextos próximos o semejantes ha sido una forma bastante común para asegurar cierta orientación al sujeto. Con todo, es siempre bueno recordar que las deducciones que se originan de estas analogías nunca serán más que meras orientaciones, nunca van a llegar a constituirse en trayectos seguros, como si fueran caminos trazados en un mapa.

La praxis se imbrica con cambios y, cuanto más pronunciada sea, más se asemejará a un salto con rumbo a lo desconocido. Actuar de manera rutinaria, con previsibilidad, en atención estricta a normas y directivas es una forma segura de proceder, pero es también casi siempre un modo de sujetar. Lo que el individuo gana en seguridad y en previsibilidad lo pierde en libertad y en potencial de realización de sus propios deseos. Salir de los caminos trillados es arriesgarse.

En la realidad, todo proyecto es una apuesta al futuro, con referencias atadas a lo pasado, al saber otorgado con anterioridad, pero en esencia es un movimiento rumbo a lo desconocido. “La historia, un ángel que marcha de espaldas hacia el futuro”, insistía Benjamin, aunque ni lo más articulado de los planos conseguirá colocarla de frente hacia el mañana.

El hacer deliberado es como alas de papel que nos permiten volar por fuera del circuito repetitivo, de los laberintos desestructurados del inconsciente y de los laberintos estructurados de las instituciones. Alas de papel, delicadas, que ante el menor descuido se rasgarán por la velocidad excesiva del ascenso de la caída o por haber permanecido mucho tiempo en el aire o, simplemente, porque algún obstáculo dañó de forma directa las frágiles alas del sujeto planeador.

El vértigo del vuelo y el miedo a volar se podrían comparar con el vértigo y el miedo de cambiar, de instituir lo nuevo. Esta es la dificultad en proceder como sujeto dotado de intencionalidad. Por este motivo, hay falta de progreso en el mundo. El conservadurismo, la repetición y el conformismo, idénticos delante de las situaciones incómodas e injustas.

### *El sujeto y el poder: la coproducción de las necesidades*

¿Vale la pena agregar una dimensión más al concepto del *poder*? Es necesario imaginar al poder también como la capacidad de que se produzcan valores de uso y necesidades: necesidades para sí mismo y para los otros. Pensar el

poder como la mayor o menor capacidad para participar en la lucha con las instituciones y necesidades.

El método de la rueda examina con cuidado las articulaciones entre el poder, el saber y el sujeto. Analiza con minucia los modos por los cuales el poder no solo controla (dominación), sino también constituye a los sujetos (circula como subjetividad dominante y es internalizado). Democratizar las relaciones de poder implica, por lo tanto, capacitar a los colectivos para producir necesidades para sí mismos y para los otros. Cabe la pregunta: ¿cuáles son los trayectos por donde lo necesario, partiendo de lo social, circula hasta encarnarse en sujetos concretos, y viceversa?

Freud (1976c) sugirió un mecanismo de contaminación del sujeto por lo social. El poder de dominar y de crear consenso dependerá de la capacidad de las instituciones de interferir en la dimensión superyoica de los sujetos. El poder de proyectar e introyectar valores y necesidades en personas, e interferir directamente sobre los procesos de los sujetos de tener deseos para, a partir de ahí, desencadenar necesidades a ser atendidas por el mercado o por otros sistemas de dominación. Deleuze y Guattari (1976), al atribuir una centralidad al deseo como motor del sujeto, teorizaron sobre la existencia de máquinas de crear deseos, arreglos sociales capaces de inducir determinado tipo de deseo y de desactivar otras líneas de menor interés a los esquemas dominantes.

En la actualidad, estas capacidades permitirán a los agentes de este tipo de control definir lo que será y lo que no será necesario para cada sujeto. La definición del rol de las necesidades estará descolocada del sujeto para aquellas instancias en la comunicación directa con su superyo o con sus procesos de tener deseos: la familia, la iglesia, el partido, las leyes, la moral, el mercado, entre otros. Para esta finalidad, la humanidad ha venido utilizando instrumentos que fueron estudiados por un gran número de autores: *aparatos ideológicos* (Althusser, 1980), *bloque histórico* (Gramsci, 1978), *micropoder y dominación por el saber* (Foucault, 1979, 1985) e *instituciones totales* (Goffman, 1996), entre otros.

No es simple la articulación entre el vínculo social y narcisístico en cada sujeto. ¿Cómo relacionar los deseos y necesidades? Sería de gran valor investigar los mecanismos que operan en la mediación entre las necesidades sociales y el deseo, y sobre los modos en que un sujeto es manipulado desde afuera. Si se considera que el inconsciente es una usina en la que la producción de energía psíquica es incontrolable, se puede concluir que el único modo de realizar algún control sobre esta producción incesante de energía es intentar administrarla de alguna manera, ligándola a determinados objetos de deseo y no a otros. Una oferta de objetos de compromiso (inversión) o de objetivos en que esta energía pudiera ser invertida sin mucho perjuicio para el sujeto.

Reprimir por completo las catexias es imposible, según lo ha demostrado Freud. Ellas apenas podrían ser transferidas de un objeto hacia otro o también ser transfiguradas y convertidas de un campo de objetivos hacia otro. Vale considerar que estos dos movimientos pueden ocurrir ya sea en armonía con los intereses del sujeto y de la sociedad, como de forma perversa y destructiva.

La elección de objetos de investimento depende de esta tensión. Escoger entre lo real existente (moldeado por el pasado), objetos dignos de inversión, pero autorizarse a ir modificándolos en función de objetivos (imágenes) deseadas y de conveniencias impuestas por el contexto. Se trata, en verdad, de un juego eterno entre lo pasado y el futuro que nunca se actualizará en ningún presente, precisamente, porque el presente es siempre fugaz, inefable, y nadie nunca lo alcanza por completo a pesar de ser el único espacio en que la vida real y concreta se hace posible.

El presente es el momento y el lugar de la praxis, y también el momento en que el azar se concreta; el pasado se refiere a factores estructurados, a elementos que determinan y condicionan el mundo, es la instancia del saber, de la razón y del pesimismo; y el futuro es el espacio del querer ser, lugar en el que el deseo y la voluntad se proyectan plenos en idealismo y optimismo, o se guardan ahogados de miedo y de tristeza.

En el sentido inverso de igualar simplemente la libertad a la conciencia de las necesidades, ¿por qué no se opera con una ampliación práctica de ese concepto?; ¿por qué no aumentar la importancia de analizarse reconociendo necesidades y cadenas que atan al sujeto, a la posibilidad de que se actúe sobre estos condicionantes modificándolos?; ¿tener una perspectiva activa, de saber y trabajar las necesidades sociales, en el sentido de modificarlas o administrarlas según los intereses de los interesados? Capacitar los grupos para interferir sobre lo complejo de las necesidades que le son ofrecidas en cada contexto. Analizar e intervenir sobre la producción de la propia demanda, o sea, pensar y participar de manera activa en aquello que es activamente buscado. Analizar los límites y determinaciones, imaginar las posibilidades de desdoblamiento, de desarticulación o de sustitución de los objetos deseados. Aproximarlos al mundo de la política y de la gestión institucional, transformándolos en necesidades explicitadas por el sujeto del saber y disputadas y producidas por el sujeto de la praxis. De esto se podría deducir que la libertad será también la capacidad del sujeto de producir necesidades, partiendo siempre de sus propios deseos y pulsiones, pero considerando (¿analizando?) las coacciones de la realidad e intereses de los otros.

El sujeto es al mismo tiempo producido por el mundo de la globalización y productor de este mismo mundo globalizado. Para sobrevivir con cierto grado de autonomía el sujeto y los colectivos contrapondrían sus formas de

generar necesidades de aquellas de las máquinas sociales, tendientes, en el límite, a alienarlo desde su propia lógica de producir necesidades.

La máquina del *marketing* no tiene ningún escrúpulo en interferir en el imaginario de los grupos sociales. Trabajan explícitamente con el propósito de inducir carencias y, por lo tanto, de obligar a la sociedad a nuevos patrones de necesidades. Sin duda, esa producción posmoderna de necesidades se asienta sobre un espíritu emprendedor espantoso. Se procede como Hernán Cortés, que incendió todos los puentes que le posibilitarían un retroceso tranquilo a su país de origen (Cortez, 1996). No hay un volver atrás delante del deseo una vez concretizado en necesidad social, solo habría posibilidad de una fuga loca hacia adelante. No hay vuelta posible a la simplicidad de los primeros deseos. Podría haber, tal vez, renuncia y, junto a esto, por cierto, resentimiento por la exclusión de aquellas posibilidades visualizadas como placer. Juegan con fuego los hombres del sistema, por la osadía ganan billones de dólares y de mentes. Tienen mucho poder: producen nuevas necesidades todo el tiempo y nuevas obligaciones para los sujetos presos de este gozo aventurero.

Es obvio que este proceder genera contradicciones y conflictos. En realidad, existen otros modelos, algunos modos de resistencia y otras maneras de que se produzcan necesidades. El método de la rueda imagina la posibilidad de que se construyan otros modos de producción de necesidades más reflexivos, que cada sujeto, cada agrupación, cada movimiento, pueda atreverse a analizar las necesidades sociales que les son ofrecidas y producir nuevas necesidades. Como sugería Heidegger, cada sujeto puede proceder al *esclarecimiento* del universo de necesidades producido por las máquinas dominantes y, por consiguiente, reconstruir enseguida su campo del deseo y reconstruir el campo de las necesidades sociales.

## Referências bibliográficas

- Adorno, T.; Horkheimer, M. (1985). *Dialética do Esclarecimento: Fragmentos Filosóficos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Almeida Filho, N.; Paim, J.S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, v. 75, p. 5-30.
- Althusser, L. (1980). *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado*. Lisboa: Editora Presença.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Anderson, P. (1997). Comentário: Poder, Política e Iluminismo. En: Miliband, D. (org.). *Reinventando a esquerda*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista. p. 58-66.
- Austin, J.L. (1993). *Sentido e Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Balint, M. (1984). *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Barata, R.B.; Barreto, M.L. (1996). Algumas Questões sobre o Desenvolvimento da Epidemiologia na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 70-79.
- Baremblyt, G. (1992). *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática*. São Paulo: Rosa dos Ventos.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria Alternativa*. São Paulo: Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Berlinguer, G. (1983). *Saúde nas Fabricas*. São Paulo: Hucitec/Cebes.
- Berlinguer, G. (1986). *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec.
- Berlinguer, G. (1988). *Reforma Sanitária*. São Paulo: Hucitec.
- Birman, J. (1980). *Enfermidade e Locura*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Bobbio, N.; Bovero, M. (1986). *Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Bourdieu, P. (1983). O Campo Científico. En: Ortiz, R. (org.); Bourdieu, P. (ed.). *Sociologia*. São Paulo: Ática.
- Bourdieu, P. (1992). *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Boyer, A. et al. (1993). *Por Que não Somos Nietzscheanos?* São Paulo: Ensaio.
- Braverman, H. (1981). *Trabalho e Capital Monopolista: a Degradação do Trabalho no Século XX*. São Paulo: Pioneira.
- Buarque de Holanda, A. (1996). *Novo dicionário da língua portuguesa* [Dicionário eletrônico]. São Paulo: Nova Fronteira.
- Camargo Jr., K.R. (1990). *(I)rracionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica*. (Dissertação de maestria). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Camargo Jr., K.R. (1993). Racionalidades Médicas: a Medicina Ocidental Contemporânea. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 65, p. 1-36.

- Campos, G.W.S. (1988). *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1991). *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1992). *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1998). Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. En: Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec. p. 266-296.
- Campos, G.W.S. (2000). *Anti-Taylor e o Método Paidéia: a Produção e Valores de Uso, a Constructio de Sujeitos e a Democracia Institucional*. (Tesis de libre docencia). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
- Campos, G.W.S.; Chakour, M.; Santos, R.C. (1997). Análise Crítica sobre Especialidades Médicas e Estratégias para integrálas ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 141-144.
- Campos, G.W.S.; Chakour, M.; Santos, R.C. (1997). Análise Crítica sobre Especialidades Médicas e Estratégias para Integrálas ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 141-144.
- Campos, V.F. (1992). *Controle de qualidade total*. Belo Horizonte: Editora Fundação Cristiano Ottoni/Universidade Federal Minal Gerais.
- Camus, A.O. (1996). *Homem revoltado*. Rio de Janeiro: Record.
- Canguilhem, G. (1982). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Carapineiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociología dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Carnoy, M. (1986). *Estado e Teoria Política*. São Paulo: Papirus.
- Carvalho, A.I. (1996). Da Saúde Pública as Políticas Saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-Modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 104-121.
- Castoriadis, C. (1982). *A Instituição Imaginaria da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Cecílio, L.C. (1994). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Chauí, M. (1989). Merleau-Ponty Vida e Obra. En: *Merleau-Ponty. Tradução e Notas de Marilena de Souza Chauí*. São Paulo: Nova Cultural.
- Clavreul, J. (1978). *Orden médico*. Barcelona: Argot/Compañía de los Libros.
- Clavreul, J. (1983). *A Ordem Médica: Poder e Importancia do Discurso Médico*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Cortez, H. (1996). *O Fim de Montezuma: Relatos da Conquista do México*. Porto Alegre: L&PM.
- Da Costa, N. (1993). *Lógica Indutiva e Probabilidade*. São Paulo: Hucitec/Universidade de São Paulo.
- Damásio, A.R. (1996). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Delacampagne, C.H. (1997). *História da Filosofia no Século XX*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1976). *Antiedipo: Esquizofrenia e Capitalismo*. Rio de Janeiro: Imago.

- Deleuze, G.; Guattari, F. (1992). *O Que é a Filosofia*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1997). *Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34.
- Dolto, F. (1998). *Os Caminhos da Educação*. São Paulo: Martins Fontes.
- Donnangelo, M.C.F. (1975). *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo: Pioneira.
- Donnangelo, M.C.F. (1979). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Donnangelo, M.C.F. (1983). A Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: a Década de Setenta. En: *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. p. 17-36.
- Dor, J. (1989). *Introdução à Leitura de Lacan: o Inconsciente Estruturado como Linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dosse, F. (1993). *História do Estruturalismo*. São Paulo: Editora Unicamp/Ensaio. v. 1, v. 2.
- Enzensberger, H.M. (1995). *Mediocridade e Loucura*. São Paulo: Ática.
- Etzioni, A. (1976). *Organizações Modernas*. São Paulo: Pioneira.
- Fayol, H. (1960). *Administração Geral e Industrial*. São Paulo: Atlas.
- Fernandes, J.C.L. (1993). A Quem Interessa a Relação Médico-Paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 21-27.
- Forrester, V. (1997). *O Horror Econômico*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1980). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense.
- Foucault, M. (1995). O Sujeito e o Poder. En: Rabinow, P.; Dreyfus, H. (eds). *Uma Trajetória Filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p. 231-249.
- Franco, S.; Nunes, E.D. (1991). Presentación. En: Franco, S.; Nunes, E.D.; Breilh, J.; Laurell, A.C. (eds.). *Debates en medicina social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud/Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- Freud, S. (1969). Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. En: Freud, S. (autor). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. v. 22, p. 17-193.
- Freud, S. (1976a). Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna. En: Freud, S. (autor). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1976b). O Manejo da Interpretação de Sonhos em Psicanálise. En: Freud, S. (autor). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1976c). Psicología de Massas e Análise do Ego. En: Freud, S. (autor). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 18.
- Fukuyama, F. (1992). *O Fim da História e o Último Homem*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Giacóia Jr., O. (1995). O Conceito de Pulsão em Nietzsche. En: Moura, A.H. (org.). *As pulsões*. São Paulo: Escuta/EDUC. p.79-96.
- Giddens, A. (1997). Admirável Mundo Novo: o Novo Contexto da Política. En: Miliband, D. (org.). *Reinventando a Esquerda*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista. p. 37-57.

- Goffman, E. (1996). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goleman, D. (1996). *Inteligência emocional*. Madrid: Editorial Kairós.
- Gorz, A. (1997). *Farewell to the Working Class. An Essay on Post-Industrial Socialism*. London: Pluto Press.
- Gorz, A. (1998). *Miserias del presente, riqueza de lo posible*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gramsci, A. (1976). *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gramsci, A. (1978). *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gruppi, L. (1978). *Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal.
- Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Guattari, F. (1981). *Revolução Molecular*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Guattari, F.; Rolnik, S. (1981). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petropolis: Vozes.
- Habermas, J. (1989). *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Habermas, J. (1990). *Pensamento Pós-metafísico: Estudos Filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Harvey, D. (1993). *A Condição Pós-moderna*. São Paulo: Loyola.
- Hegel, G.W.F. (1974). *Fenomenologia do Espírito*. São Paulo: Abril.
- Heidegger, M. (1996). *Conferência e Escritos Filosóficos*. São Paulo: Nova Cultural.
- Hobsbawm, E.J. (1991). *Estratégias para uma Esquerda Racional: Escritos Políticos*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Illich, I. (1975). *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jameson, F. (1996). *Pós-Modernismo: a Lógica Cultural do Capitalismo Tardio*. São Paulo: Ática.
- Jameson, F. (1997). *O Marxismo Tardio: Adorno, ou a Persistência da Dialética*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Boitempo.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kadt, E.; Tasca, R. (1993). *Promovendo a Eqüidade: Um Novo Enfoque com Base no Setor Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Kaës, R. (1997). *O Grupo e o Sujeito do Grupo: Elementos para uma Teoria Psicanalítica do Grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lacan, J. (1998). *Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano*. En: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. p. 807-842.
- Lapassade, G. (1989). *Grupos, Organizações e Instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Laplanche J.; Pontalis, J.B. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lefebvre, H. (1995). *Lógica Formal, Lógica Dialética*. São Paulo: Civilização Brasileira.
- Lenin, V.I. (1977). *O Estado e a Revolução. Obras Completas, v. 9*. Moscú: Progresso.
- Lenin, V.I. (1978). *Que Fazer?* São Paulo: Hucitec.

- Lourau, R. (1995). *A Análise Institucional*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Luz, M.T. (1988). *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Campus: Rio de Janeiro.
- Machado, M. H. (1996). *Perfil Dos Médicos do Brasil - Análise Preliminar. Relatório de Pesquisa*. Editora Fiocruz/Ministério da Saúde/PNUD-Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro.
- Marcuse, H. (1998). *Eros e Civilização: uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud*. São Paulo: Editora Guanabara-Koogan.
- Marx, K (1988). *Karl Marx: Sociologia*. São Paulo: Ática.
- Marx, K. (1985). *O Capital. Crítica da Economia Política*. São Paulo: Nova Cultural.
- Marx, K. (1985b). *Grundrisse: lineamentos fundamentais para la crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Marx, K.; Engels, F. (1996). *A Ideologia Alemã (Feuerbach)*. São Paulo: Hucitec. p. 138.
- Matui, J. (1995). *Construtivismo: Teoria Construtivista Sócio-Histórica Aplicada ao Ensino*. São Paulo: Editora Moderna.
- Matus, C. (1972). *Estrategia y plan*. México: Siglo XXI Editores.
- Matus, C. (1993). *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- McNeill, D.; Freiburger, P. (1993). *Fuzzy Logic: The Revolutionary Computer Technology that Is Changing Our World*. New York: Simón & Schuster.
- Mendes, E.V. (1993). *Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Mendes, E.V. (1998). *A organização do Saúde ao Nível Local*. São Paulo: Hucitec.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1979). *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1994). *Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho da Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Merhy, E.E. (1997). *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. 1992. *Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec.
- Merleau-Ponty, M. (1990). *Merleau-Ponty na Sorbonne: Resumo de Cursos*. São Paulo: Papirus.
- Minayo, M.C. (1991). Um Desafio Sociológico para a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 15, n. 1, p. 26-82.
- Ministerio da Saúde (1996). *Saúde da Família: uma Estratégia de Organização Dos Serviços de Saúde*. Brasília/DF.
- Motta, F.C.P. (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Pioneira.
- Moura, A.H. (1995). *As pulsões*. São Paulo: Escuta/EDUC.
- Neuhauser, D. (1972). The Hospital as a Matrix Organization. *Hospital Administration*. (fall edition), v. 17, n. 4, p. 8-25.

- Nietzsche, F.W. (1987). *Obras incompletas*. São Paulo: Nova Cultural.
- Nunes, E.D. (1986). Tendencias y perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales en la América Latina: una visión general. En: Nunes, E.D. (org.). *Ciencias sociales y salud en la América Latina: tendencias y perspectivas*. Washington, D. C./Montevideo: OPS/CIEU. p. 33-83.
- Nunes, E.D. (1995). A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva e o Papel das Ciências Sociais. En: Canesqui, A.M. (org.). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais em Saúde Coletiva*. São Paulo: Abrasco/Hucitec. p. 95-114.
- Nunes, E.D. (1996). Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 55-69.
- Nunes, E.D. (1998). Saúde Coletiva: História e Paradigmas. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 2, n. 3, p. 107-116.
- Ogden, T. (1996). *Os Sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Onocko, C.R.T. (1999). *O Planejamento em Saúde Sob o Enfoque da Hermenêutica*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social/Unicamp.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994). Recursos humanos y sistemas locales de salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n. 31. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 540).
- Padovani, U.; Castagnelo, L. (1990). *História da Filosofia*. São Paulo: Melhoramentos.
- Paim, J.S. (1992). La Salud Colectiva y los desafíos de la práctica. En: OPS/OMS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 540), p. 151-167.
- Paim, J.S. (1994). *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Problemas Crônicos e Desafios Agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública.
- Passos, E.; Benevides, B.R. (1998). *Transdisciplinaridade e Clínica. Relatório de Pesquisa*. Niterói-RJ: Departamento de Psicologia de Universidade Federal Fluminense.
- Perestrello, D. (1989). *A Medicina da Pessoa*. São Paulo: Livraria Atheneu.
- Pichon-Rivière, E. (1988). *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (1988). *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pires, D. (1996). *Processo de Trabalho em Saúde no Brasil*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Institute of Philosophy and Human Sciences/Unicamp.
- Poe, E.A. (1996). *A carta roubada*. São Paulo: Paz e Terra.
- Rago, L.M.; Moreira, F.P. (1984). *O que é Taylorismo*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Ricoeur, P. (1990). *Interpretação e ideologías*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Rifkin, J. (1996). *El fin del trabajo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rolnik, S. (1995). O Mal-estar na Diferença. *Anuário Brasileiro de Psicanálise*, v. 3, n. 1, p. 97-103.
- Rotelli, F. (1990). A Instituição Inventada. En: Nicácio, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

- Roudinesco, E. (1994). *Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sacks, O. (1996). *Um Antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sader, E. (1988). *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Sartre, J.P. (1963). *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Sartre, J.P. (1982). Determinação e Libertade. En: Galvano, D.V. (et al.). *Moral e Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Sartre, J.P. (1987). *Questão de Método*. São Paulo: Nova Cultural.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP (1998). *Relatório de Produção do ano 1997*. Campinas, documento oficial.
- Spinelli, H.G. (1998). *Saúde, Razão e Violência*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Taylor, F.W. (1984). *Management científico*. Barcelona: Ediciones Orbis.
- Teixeira, C.F.; Melo, C. (1995). *Construindo Distritos Sanitários: a Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de la programación: el caso de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997). *Saber en Salud: La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thurrow, L.C. (1997). *O Futuro do Capitalismo: Como as Forças Econômicas Moldam o Mundo de Amanhã*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.
- Tosquelles, F. (1994). A Escola da Liberdade. En: Lancetti, A. (org.). *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec. p. 85-128.
- Tragtenberg, M. (1972). *Burocracia e Ideologia*. (Tesis de doctorado). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Tragtenberg, M. (1980). *Administração, Poder e Ideologia*. São Paulo: Editora Moraes.
- Uribe, R.F.J. (1996) A Gestão Situacional (em Saúde) e a Organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 3, p. 357-372.
- Valla, V.V. (1999). Educação Popular, Saúde Comunitária e Apoio Social Numa Conjuntura de Globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 15-28.
- Van der Veer, R.; Valsiner, J. (1996). *Iygotsky: uma Síntese*. São Paulo: Loyola.
- Vasconcelos, E.M. (1999). *Educação Popular e a Atenção a Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 24, n. 2, p. 121-155.
- World Health Organization (WHO) (1991). *Healthy Cities Project: A Project Becomes a Movement*. Copenhagen: WHO.



Este libro explora las posibilidades de que la finalidad de la gestión en salud tenga como eje principal “la defensa de la vida”. La defensa de la vida expresa un compromiso central con las necesidades de salud y con el derecho universal a la salud, organizando redes de cuidado que aseguren acceso y equidad.

En el desarrollo del texto se analizan diversos obstáculos concretos para la realización de esta finalidad, dado que en el funcionamiento de las organizaciones de salud también están involucrados el interés de los profesionales de la salud e incluso la rentabilidad de sectores privados productores de insumos o de servicios.

Para superar estas tendencias estructurales se sugiere una “revolución de las cosas y personas” en los sistemas e instituciones de salud. En este caso, las cosas son desde leyes, normas, hasta los modelos de atención y las relaciones jerárquicas de poder vigentes en salud. Se discuten diversas estrategias de democratización institucional y de cogestión, no solo respecto de las y los profesionales, sino también en su relación con usuarios y comunidades.

Se reflexiona, además, sobre la relación entre los conocimientos y las prácticas en salud y la gestión, la constitución de sujetos reflexivos, abiertos al otro y que operen con responsabilidad sanitaria combinada con autonomía y creatividad, es decir, cambiar estructuras y personas. Se discuten diversas líneas para orientar los cambios políticos, éticos y epistemológicos indispensables para una profunda reforma de la racionalidad gerencial hegemónica.

*Gastão Wagner de Sousa Campos*

ISBN 978-987-4937-80-3



9 789874 937803